

60 Jahre schizophren

Die Lebensgestalt R. G. als Spiegel
einer Krankheit, der Psychiater, der Psychiatrie

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

DOMINIQUE HÖCHLI
von Poschiavo GR

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. med. Ch. Scharfetter

Zürich 1982



Juris Druck + Verlag Zürich

1982



Digitized by the Internet Archive
in 2026

60 Jahre schizophren

Die Lebensgestalt R. G. als Spiegel
einer Krankheit, der Psychiater, der Psychiatrie

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

DOMINIQUE HÖCHLI
von Poschiavo GR

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. med. Ch. Scharfetter

Zürich 1982



Juris Druck + Verlag Zürich
1982



Diese Arbeit erscheint gleichzeitig als Heft Nr. 150
der Zürcher Medizingeschichtlichen Abhandlungen Neue Reihe.

ISBN 3 260 04950 9

INHALTSUEBERSICHT

	PG
1. EINLEITUNG	1
2. DIE LEBENSGESTALT ROSA G.	1
3. PSYCHOPATHOLOGIE UND DIAGNOSTIK	8
4. DIE PRAXIS	16
4.1. DER PFLEGERISCHE UMGANG: ISOLIERUNG UND BESCHRAENKUNG	17
4.2. DIE THERAPIEVERSUCHE	18
4.2.1.Morphium-Scopolamin	18
4.2.2.Somnifen-Schlafkur nach Kläsi	19
4.2.3.Malaria-Kur	23
4.2.4.Insulin-Kur	24
4.2.5.Cardiazol-Schock	26
4.2.6.Elektroschock	27
4.2.7.Praefrontale Lobotomie (Leukotomie)	30
4.2.8.Moderne Psychopharmaka	32
5. DIE KRANKENGESCHICHTE - SPIEGEL VON LEBENS- SCHICKSAL, PSYCHIATRIEGESCHICHTE	31
6. DISKUSSION	39
1. Psychopathologie	39
2. Diagnostisches Interview. Pathognostische Psychopathologie und "Begegnungspsychopathologie"	40
3. Verlauf und Behandlung	41
4. Was lernen wir für die Krankengeschichten- führung?	42
7. ZUSAMMENFASSUNG / SUMMARY	45 - 46
8. LITERATUR	47 - 49

1. Einleitung

Rosa G., geboren 1898, erkrankte 1919 an einer Schizophrenie, wurde hospitalisiert und blieb bis heute in der Klinik Burg-hölzli. Die heute 83-jährige Greisin, stumm, blind, fast taub, wird zu einem Denkmal: einem Anstoss nachzudenken über die Krankheit ' Schizophrenie' und eine ihrer möglichen Verlaufsformen - und die diese gestaltenden Faktoren. Ihre Krankengeschichte wird zum Spiegel ganzer Generationen von Psychiatern und ihrer Psychiatrie, zu einem Dokument der Psychiatriegeschichte.

In der vorliegenden Arbeit wird die Lebensgestalt R.G., wie sie aus der Krankengeschichte entsteht, dargestellt. Das gibt die Möglichkeit, die Psychopathologie und die psychiatrische Praxis, besonders die therapeutischen Bemühungen um solche Kranke im Verlaufe der vergangenen 60 Jahre zu betrachten. Dabei wird die Krankengeschichte als "Spiegel, Bremsklotz und Bahnbrecher des Fortschrittes" im Sinne von Manfred Bleuler (1967) beleuchtet. Die Arbeit schliesst mit einer Diskussion der Lernerfahrungen.

2. Die Lebensgestalt Rosa G.

"Zur Rechten des Vaters - ich habe ein schwarzes Herz - heiliger Geist hilf mir". So kam - in schmutzigen Kleidern, die ungewaschenen Hände fest ins Gesicht gepresst - R.G. laut rufend im Mai 1919, 21jährig, in der Klinik an.

Ueber die Kindheit in der Familie ist bekannt, dass sie als zweites von fünf Kindern auf dem elterlichen Hof aufwuchs. Beide Eltern, der Vater ein Bauer, galten als wenig intelligent. Ein Grossvater mütterlicherseits war Trinker, eine Cousine der Mutter wurde in späteren Jahren in eine Nervenklinik gebracht.

Ueber ihre frühe Entwicklung ist zu erfahren, dass sie bereits mit einem Jahr gehen und sprechen gelernt haben soll. Die Mutter

betonte auch, dass sie keine Bettnässerin war. R.G. erzählte selber, dass sie die Geschwister nicht so gern hatte, viel Streit mit ihnen. In die Schule sei R.G. anfangs gern gegangen, galt auch als gute Schülerin, machte jedoch nicht gerne Aufgaben. Später, als die schwereren Fächer kamen, fehlte ihr die Freude daran, und sie verliess 14-jährig nach zwei Sekundarjahren die Schule.

Beruf: Bis die Herbstarbeiten auf dem Felde vorbei waren, blieb sie zuhause, verdiente dann in der Fabrik Dietikon als Nägelverpackerin. Anlass zum Stellenwechsel im folgenden Frühjahr wurde das zusätzliche Kinderhüten, was ihr nicht passte. Nach einem kurzen Aufenthalt zuhause wechselte sie in die Weberei Höngg, wo sie bis zum Frühjahr 1918 blieb. Ueber diesen Zeitabschnitt heisst es, dass sie fleissig war, gerne arbeitete und mit andern wenig verkehrte. Auch vertrug sie Widerspruch oder Tadel nicht und war in solchen Fällen stets sehr aufbrausend. Sie meint selber dazu, sie hätte immer die dumme Meinung gehabt, die andern Leute meinten, sie hätte etwas gestohlen. In der Weberei habe sie wirklich einmal etwas Stoff genommen. Ein 5-wöchiger anschliessender Arbeitsaufenthalt in Zürich scheiterte am Heimweh, so dass sie dann zuhause blieb. Im Herbst 1918 erkrankte sie an einer Grippe. Von diesem Zeitpunkt an, 20-jährig, soll die Menstruation ausgeblieben sein.

Der Bericht über R.G. als Küchenmagd am letzten Arbeitsort enthält schon die Veränderungen vor der Einweisung. Sie galt als fleissig und zurückgezogen, soll viel geweint haben, sich ab und zu störrisch gezeigt und zweimal ohne ersichtlichen Grund von sich aus gekündigt haben. Nach einem Sonntagsurlaub zuhause, - sie ging alle 14 Tage heim - , zeigte sie sich abends widerpenstig, wollte nicht arbeiten und begab sich schon um 22.00 Uhr ins Bett. Am folgenden Morgen in der Frühe machte sie "einen grossen Spektakel", behauptete, man wolle sie verhungern lassen, suchte in allen fremden Zimmern nach versteckten Männern unter den Betten, rief alle zusammen und bezeichnete sich als die grösste Verbrecherin, die herumgehe. Auch wollte sie alle Menschen erlösen.

So kam sie, mit Mühe von Sanitätsleuten transportiert, in der Klinik an. Das Gesicht war krampfhaft verzogen, die Augen starr geschlossen; sie nannte ihren Namen : "Ich heisse Rosa", verlangte kategorisch ihre am Vortag getragenen Sachen. Sie liess sich am folgenden Tag willig untersuchen, war zeitlich und örtlich vollständig orientiert, beantwortete Fragen über ihr Vorleben entsprechend den fremdanamnestischen Angaben teils seufzend, teils in heftigem Tonfall. Zu den verschiedenen Stellenwechseln meinte sie, dass es ihr nirgends recht gefiel - sie wisse schon warum - dass es ihr jeweils verleidete. Die Hauptsache sei, dass man die Pflicht erfüllt habe, was sie jeweils getan hätte. Sie hätte dann zu grübeln begonnen, ob etwas Böses dahinterstecke, sie könne nicht alles sagen, sie denke es für sich selber. Andere Fragen beantwortete sie in stereotyper Art und Weise ständig damit, die Hauptsache sei, dass sie aus dem Burghölzli komme, sie sei nicht verrückt, die Untersuchung habe sie "angeschämt" und "ausgeekelt". Auf Stimmen befragt, äusserte sie verlegen, es seien die Versuchungen vom Bösen, sie sei nicht verpflichtet, das zu sagen. Zum Elektrisiertwerden meinte sie, in den Fingern war es ihr so "gschpässig", sie wisse, wer es sei, glaubte verbrannt zu werden.

Einfache Rechenaufgaben (Addition, Subtraktion, Division) löste sie langsam aber richtig. Die Geschichte vom Salzesel sowie von Neptun und dem Tagelöhner las sie schulmässig langsam ohne Betonung, konnte sie nicht wiedererzählen. Statt ihren Lebenslauf zu schreiben, warf sie sich auf den Boden und musste, schriftdeutsch jammernd, wieder ins Bett gebracht werden.

In der Folge ging sie viel auf und ab, kniete in betender Haltung am Boden, kauerte dort und hielt sich dabei die Ohren, drängte stumm von der Abteilung heraus, stand steif und starr da. Oft verweigerte sie die Nahrung. Jeder Versuch, sie auf einer offenen Station zu haben scheiterte an ihrer motorischen Unruhe, Aengstlichkeit und dem Drängen an der Tür. In der Folge lag sie häufig unter der Bettdecke, ass kaum, so dass sie mager wurde und mit den Schlauch ernährt werden musste. Sie selber sagte nachher zu dieser Zeit, es sei ihr so gewesen, wie wenn

sie am jüngsten Tag dabei gewesen wäre, sie hätte Schwefel regnen sehen.

Elf Tage nach dem Eintritt wurde die Patientin in der Vorlesung (Prof. Eugen Bleuler) vorgestellt. Darüber ist in der Krankengeschichte eingetragen:

"Kommt mit stampfendem Schritt, mit nichtssagendem Gesichtsausdruck hinein, steigt auf Aufforderung des Herrn Direktors nicht aufs Podium, geht von der anderen Seite heran, setzt einen Fuss auf's Podium, zieht ihn plötzlich wieder zurück, kann endlich hinauf gebracht werden. Im Gesicht Steifheit, Opposition, um den Mund herum leer (wenig Assoziationen) und verständnislos; ein Schimmer von Depression. Nimmt rasch wahr (dreht sich nach einem sich schneuzenden Studenten) mit demselben leeren Gesicht. Bleibt stehen, starr, völlig mutistisch, während ihre Krankengeschichte vorgelesen wird. Zwischenhinein antwortet sie plötzlich mit einem Nein (betrifft die Frage, ob nicht die Guten am meisten versucht werden), protestiert dann später mit stumpfem Gesicht, das habe sie gar nicht gesagt. Dann erstarrt sie wieder in ihrem Mutismus, um am Schluss wieder in unbestimmter Weise zu opponieren. Sie ist nur unter starkem Widerstreben hinauszubringen. Prognose: Die Hemmung in der Assoziation sieht hier organisch bedingt aus, sie ist nicht manisch oder melancholisch, zeigt also keinen ausgleichbaren Prozess. Hier wird sehr wahrscheinlich die Verblödung eintreten."

Nach einem 2-monatigen Aufenthalt wurde R.G. "von den unverständigen und uneinsichtigen Eltern" wie sie in der Krankengeschichte urteilend bezeichnet sind, nach Hause geholt, "damit sie an der frischen Luft gesund werden" könne.

Verlauf:

Einen Monat später, in der Zwischenzeit hatte sie nach Angaben des Vaters zuhause recht gut gearbeitet und geputzt, wurde sie

im Krankenwagen, mit einem Hemd bekleidet, gebracht. Sie hätte zuhause nichts mehr gegessen und versucht, aus dem Fenster zu springen. Von da an wurde R.G. eine Dauerbewohnerin der Klinik.

Anfangs verhielt sie sich abweisend, liess sich immer wieder aus dem Bett fallen, legte sich auf den Boden, unter den Tisch, verkroch sich ständig unter die Bettdecke, betete oft kniend, schrie und jammerte, dass sie nach Hause wolle: Sie werde hier zum "Säuhund", "Ein Teufel vom Studieren den ganzen Tag".

Auch begann sie erneut Mitpatientinnen und Wärterinnen zu küssen, zu beißen, an den Haaren zu reißen, so dass man sie tagsüber meistens im Bad halten musste. Das ging meistens nur mittels medikamentöser Beruhigung. Oft lehnte sie die Kleider ab oder zerriss sie. Nachts wurde sie im Wareksack in der Zelle isoliert. Oftmals verweigerte sie die Nahrung, erbrach, magerte sichtlich ab. In der Erregung spuckte sie oft herum, urinierte, schmierte, ass sogar ihren Kot. Sie riss sich die Kopfhaare aus. Sie klagte, man habe sie zur Hure gemacht, jammerte und schrie tagelang "heilige Mutter Gottes". In der Erregung schlug sie "stundenlang"

Purzelbäume, trat mit den Füßen gegen die Wand oder das Fenster. Sie konnte auch plötzlich und blindwütig jemanden angreifen. In der Krankengeschichte finden sich Einträge der Art: "Sie hat sich in der Zelle absolut zu einem Tier entwickelt", es sei immer der gleiche Kampf mit ihr, wenn man die Türe ihrer Zelle öffne.

Das Verhalten auf der Abteilung in den folgenden Jahren war charakterisiert durch einen Wechsel von katatonen Regungslosigkeit und Erregung mit Aggressivität. Tagelang sei sie stumm in der Ecke gestanden und habe das Gesicht abgewandt, oder sie sei überhaupt im Bett geblieben. Oft schimpfte sie überraunig vor sich her, jammerte in starrer Haltung. Mindestens alle paar Tage geriet sie in eine schwere Erregung, die jeweils schon gefürchtet war, rieb dabei den Kopf auf dem Boden, schlug und trat gegen Wände und andere Gegenstände. Während sie anfangs Angst vor der Spritze hatte, verlangte sie später lachend danach und war

gar gekränkt, wenn sie sie nicht bekam. Wie in einem Spiel versteckte sie sich oft unter der Decke und liess sich dann "jubelnd" hervor holen. Sehr selten war sie zu einem Spaziergang zu bewegen. Einmal bewunderte sie dabei Blumen und pflückte einige. Selten hörte man sie singen. Gelegentlich erfand sie "neue schizophrene Schimpfnamen". Ein Beispiel für einen solchen Neologismus ist "Perlmutterdrucke".

Arbeit:

In den ersten Jahren konnte sie nur mit viel Mühe zum Arbeiten gebracht werden: Es waren Hausarbeiten (Stricken, Nähen, Bodenscheuern, Blochen) oder Garten- und Feldarbeiten (z.B. Jäten). Als Belohnung hatte man dabei eingeführt, dass sie für gute Arbeit Briefe schreiben durfte. Wie konzentriert und ausdauernd sie arbeiten konnte oder ob sie je spezielle Wünsche betreffend eine Beschäftigung vorbrachte, darüber finden sich keine Einträge. Nur nach der Leukotomie 1950 ist einmal vermerkt, sie habe zeitweise "katatonisch mit nicht enden wollendem Fleiss" gearbeitet.

Briefe:

In den ersten Jahren schrieb die Patientin von sich aus selten Briefe: an die Mutter, die Schwester, einen Schulschatz. Sie erkundigt sich dort nach der Familie, nach Bekannten, und sie richtet Grüsse aus. Von sich selbst sagt sie wenig, ausser dass sie furchtbar müde sei und in einer Zelle wie in einem Hühnerstall liege.

Ein Beispiel für einen Brief ist der folgende vom 31. Mai 1920:

"Liebe Eltern!

Ich bin noch immer im Burghölzli. Ich wäre schon längst gerne heimgekommen man (man) weiss eben nie wo man ist an einer Stelle oder wirklich im Burghölzli. Ich arbeite gerne aber ich bin immer furchtbar müde. Ich habe eine Zelle liege oft wie in einem Hühnerstall drinn von Hühner-

läusen ganz voll, gienge gerne wieder einmal bei Schönenwerd vorbei. ich habe es schon lange nicht mehr gesehen. Was macht Josef ist er immer noch Maurergeselle. Was macht Rosa ist sie schon verheiratet mit Hans Lang. geht Lina B. immer noch in die Fabrik, wo ist ihr Geliebter Herr Schäfer und Kohlbrenner Johannes, er wird wohl aus dem Krieg zurückgekehrt sein. Sind Kirbielers wirklich fort von Dietikon. Und Hirzels sind immer noch am gleichen Ort. und den Kapserli den hatte ich sehr gerne.

Ist Johanna S. auch zu Hause sagt ihr ich lasse sie grüsse. Und Marta W. auch. Es grüsst Euch alle herzlich (Rosa) ist Vater auch wirklich zu Hause. Was macht Ida geht sie immer noch in die Lehre oder geht sie nach Zürich um zu verdienen. Ich würde auch gerne etwas verdienen, aber wohin. Geht Agnes immer noch in die Weberei. Und Johanna. Ich würde noch vieles schreiben aber ich bin zu faul und habe keinen Platz. Ich ging wieder gern in die Färberei um zu verdienen. Es würde mich freuen wenn die Mutter mich holen würde."

In späteren Jahren schrieb R.G. häufiger Briefe. Briefeschreiben war inzwischen auch zu einer Belohnung für fleissige Arbeit geworden. So kam es, dass sie mit der Zeit immer mehr Briefe schrieb, oft mehrere täglich. Der Inhalt sei, laut Krankengeschichte, "gleich blöd", "stereotyp" gewesen. Es heisst in diesen Briefen z.B.: "Liebe (R.NN.), sei doch so gut und komme recht bald zu mir ins Burghölzli, ich bin immer noch krank. Schicke mir" Die Wünsche gehen z.B. nach einem Rosenkranz, nach einer Lilienmilchseife. Diese Briefe enden mit Sprüchen wie: "Liebe ist des Himmels Freude ..."

Man hatte den Eindruck, dass Briefeschreiben sie beruhige. Wenn sie nicht schrieb, so befürchtete man aggressive Ausbrüche. Daher hielt man sie zum Schreiben an und gab ihr billiges Papier. Die Briefe wurden aber nicht abgeschickt: "Natürlich wanderten die Briefe meist in den Papierkorb".

Kontakte :

Die Kontakte zu Mitpatientinnen und Wärterinnen waren in den ersten Jahren vor allem negativ : Angreifen, Beissen, Schlagen, Haare-Reissen und Anspucken. Als Ausnahme werden in der Krankengeschichte ein kurzes Gespräch mit einer Mitpatientin vermerkt, ein vermehrtes Erbrechen in Abwesenheit einer Pflegerin, ein Wunsch, mit dem Arzt spazieren zu gehen, wo sie ihm über ihre Jugendzeit berichtete, sich über einen geschenkten Apfel in dem Ausmasse freute, dass sie sich mit einem Blumenstrauss dafür bedankte. Nach Besuchen von Angehörigen (Mutter, Schwestern) soll die Patientin häufig verstimmt und aggressiv gewesen sein.

3. Psychopathologie und Diagnostik

Die Verlaufsübersicht führt zu einer Einteilung in eine Zeit vor der Hospitalisation, eine erste, produktive Phase der Psychose in den Jahren 1919 bis 1921, dann eine Zeitspanne ohne wesentliche neue psychotische Produktionen, bestehend in der chronischen Psychose, und schliesslich nach 1950 die Post-leukotomiephase. Vor dem Eintritt in die Klinik war die Patientin aufgeregt und fahrig, bezeichnete sich selbst als die grösste Verbrecherin, wollte andererseits alle Menschen erlösen. Wahnhafte Aengste plagten sie, man wolle sie verhungern lassen oder fremde Männer seien unter den Betten versteckt. Einzelheiten zum Selbsterleben sind weder aus dem Zeitabschnitt vor Klinikeintritt noch aus der Klinikzeit selbst klar.

Bewusstsein, Orientierung, Intelligenz:

Die Patientin war im Rahmen der Hospitalisation immer bei klarem Bewusstsein, zeitlich und örtlich vollständig orientiert, erzählte ihre Vorgeschichte übereinstimmend mit anderweitigen Auskünften. Einfache Rechnungen löste sie langsam und richtig, Brüche und Prozentrechnungen schon nicht mehr. Die damaligen

Intelligenzprüfungen (Geschichte vom Salzesel, Neptun und dem Tagelöhner) las sie in monotonem Tonfall, schulmässiger Art und zum Teil falscher Wortbetonung. Nacherzählen konnte sie sie nicht sinngemäss. Ueber Wilhelm Tell wusste sie wenig, konnte von fünf grossen Schweizer Städten nur drei auf der Karte richtig lokalisieren.

Affekt und Antrieb:

In den ersten Jahren war Rosa G. äusserst stark wechselnd zwischen einer traurig-ängstlichen Grundstimmung und psychomotorischer Hemmung bis zum Stupor einerseits, hochgradigen Aufregungen mit Wut, Schimpfen und Tätlichkeiten andererseits. Sie erschien manchmal wie launenhaft, wenn sie aus einer traurig-ängstlichen Grundstimmung, in der sie jammerte, sich selbst beschuldigte und eintönig stereotyp anklagte, umschlug in blinde Wut, mit zornigem Schimpfen, Lärmen und Brüllen. Sie schlug dann auch um sich und griff blindwütig jeden an, der ihr über den Weg kam. In solchen Zeiten liess sie sich auch überhaupt nicht führen und widerstrebte allem und jedem. Selten gab es Regungen der Freude, z.B. auf einem Spaziergang oder mit Blumen. Als einmalige Besonderheit ist berichtet, dass sie mit einer leidenden Mitpatientin Mitgefühl zeigte. In den Briefen spricht sie eine gewisse Teilnahme am Geschehen in der Familie und bei Bekannten aus. Besuche der Verwandten verstärkten die Wechselhaftigkeit ihrer Stimmungen. Eine reaktive Grundlage zeigten offenbar doch auch meistens die aggressiven Erregungen: Sie brachen vor allem dann aus, wenn die Patientin sich in ihrer Abkapselung gestört fühlte, wenn man sie zu etwas bewegen wollte, was sie nicht wollte.

Psychomotorische Störungen:

Jahrelang waren sogenannte katatone Störungen, zwischen Stupor mit Mutismus und schwersten katatonen Erregungen mit Schimpfattacken ganz im Vordergrund des klinischen Bildes. Oft kniete

die Patientin stundenlang am Boden, verharnte in betender Haltung. Oder sie versteckte sich unter der Decke. Auch kam es vor, dass sie sich immer wieder aus dem Bett fallen liess, dass sie in gleichartiger Weise Purzelbäume schlug, sich unter dem Bett, unter dem Tisch verkroch, am Boden kauerte. Sie blieb oft tagelang mutistisch oder sie drängte stumm zur Tür. An anderen Tagen wiederum konnte sie stereotyp verlangen, nach Hause entlassen zu werden. Stereotype Klagen (Verbigerationen) kamen offenbar besonders im Zusammenhang mit prominenten Schuldgefühlen vor, wenn sie immer wieder jammernd ausrief: "Heilige Mutter Gottes".

Ein ganz besonderes Problem bei R.G. waren durch Jahre hindurch ihre Aggressionen. Sie konnte blindwütend Patientinnen und Pflegerinnen angreifen, sie beiessen und küssen. Ihre Zerstörungswut liess sie Kleider und Wäsche zerreißen. Aber auch gegen sich selber richtete sich diese Gewalttätigkeit: wenn sie sich selbst schlug oder Kopfhaare ausriss.

Im Rahmen dieser ausserordentlich schwankenden Stimmungen, Antriebslagen und Psychomotorik stehen nun auch eine Reihe von Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, die zu grossen Betreuungsproblemen führten. Die Patientin verweigerte sehr oft die Nahrung, bis zur Abmagerung und bis zur Notwendigkeit, sie mittels Sonden zu ernähren. Oder sie würgte die Nahrung wieder herauf und erbrach wiederholt.

In der Kontrolle der Ausscheidung von Urin und Kot war sie ebenfalls sehr wechselhaft. Sie konnte an beliebigen Orten urinieren und den Kot absetzen. Wiederholt schmierte sie auch mit dem Kot, ja verzehrte ihn sogar.

Ueber die Sexualität ist aus der Krankengeschichte so gut wie nichts zu erfahren. Aber aus den Bemerkungen von Kläsi über die Dauernarkose 1922 ist zu entnehmen, dass man die Patientin viel onanieren gesehen habe.

Die Patientin ging zeitweilig nackt herum, wohl in Zeiten, in denen sie alles verweigerte, ob es nun um die Nahrung, um die Toilette, um das An- und Auskleiden ging.

Wahn und Halluzination:

Zur Zeit der Hospitalisation kam wiederholt, wenn auch im ganzen nicht sehr prominent und nie dauerhaft, gar systematisch ausgeformt, Wahn vor. Es sind zum grössten Teil negative Wahnformen, die die Patientin erlebte: Sie sei die grösste Verbrecherin, sie sei an Vergehen schuld. Man lasse sie verhungern, sie werde verbrannt, mit ihr werde auch die Welt durch Brand zerstört, sie werde getötet. In der ersten Hospitalisationszeit war auch ähnlich wie in dem Abschnitt vor der Klinikeinweisung der Verdacht da, dass Männer im Zimmer seien.

Im Beginn dieser wahnproduktiven Phase kam auch wahnhaftes Selbsterhöhung vor: Sie wollte alle Menschen erlösen. 1921 kommt einmal die Notiz, sie halte sich für schwanger.

Halluzinationen:

Die Patientin hatte in mehreren Sinnesgebieten halluzinatorische Erlebnisse. Sie klagte über Surren im Kopf. Ob sie wirklich Stimmen gehabt hat, ist im Gespräch mit der Patientin nie klar gestellt worden. Man vermutete aber wiederholt, dass sie Stimmen hörte. Sie sagte z.B. auf die Frage nach Stimmen, es seien Versuchungen vom Bösen. Auch wurde vermerkt, dass sie, wenn sie allein war, vor sich hin sprach, als ob sie sich mit Stimmen unterhielte. Tatsächlich fand aber nie eine klare Stellungnahme von seiten der Patientin darüber vor, ob sie Stimmen höre und was sie dabei allenfalls vernehme.

An optischen Phänomenen ist aus der Anfangszeit der Hospitalisation zu erfahren, dass die Patientin "Schwefelregen" sah, wie wenn der jüngste Tag angebrochen sei.

Das Leibempfinden der Patientin ist in der Anfangszeit sehr wahrscheinlich verändert gewesen. Sie berichtete über ein besonderes (gschpässiges) Gefühl in den Fingern.

In späteren Jahren ist einmal von sexuellen Halluzinationen berichtet, ohne dass eine genauere Angabe darüber gemacht wurde.

Denken und Sprechen:

Die Patientin war, soweit sich das in der Krankengeschichte spiegelt, eigentlich nie eines eingehenden Gespräches fähig. Es gab immer nur Bruchstücke von Sätzen, viele stereotype Aeusserungen, die sie vor sich hin sagte, ohne sie an jemanden zu adressieren. Beten, Jammern, Verbigerieren geht hier bei der Patientin ineins: z.B.: "Himmelsschlüssel oder Erdenschlüssel, die Welt verbrennt, ich will lieber verbrennen, als den Glauben verlieren - ich will ja bekennen, ich bin schuldig Ich will nichts mehr sehen, nicht mehr leibliche Speisen essen meine leibliche Schwester Johanna ich bin schuldig, meine Schuld ich habe gesehen". Oder die Verbigeration: "Ich muss in der römisch-katholischen Kirche bleiben" oder die stereotype Anrufung der Mutter Gottes: "Heilige Mutter Gottes". Die Sprache ist also eine nicht-soziale Sprache, kein Dialog. Auf Rede und Gegenrede lässt sich die Patientin nicht ein. Klangassoziationen, Verbigerationen, im Gedankengang inkohärente Aeusserungen zeigen aber doch immerhin Schwerpunktsthemen, die die Patientin beschäftigen: der Untergang der Welt, das Thema Himmel, Schuld und Glaube, Busse und Strafe.

Denken und Sprechen der Patientin erscheinen rein deskriptiv als dissoziiert, zerfahren, inkohärent. Formal ist daher auch Vorbeireden da. Die Gedankengänge werden nicht ausgeführt, sie sind blockiert oder reissen ab. Thematisch ist sie aber doch auf wenige Themen eingengt, hängt daran (Perseveration).

In der Sprache der damaligen Psychopathologie wurden vor allem die "wenigen Wortassoziationen" hervorgehoben, das fremdartig anmutende, zerfahrene Denken mit fehlender Richtung und Zielvorstellung. In der Vorlesungsvorstellung der Patientin konzentrierte man sich stark auf die "Hemmung in den Assoziationen", die eher "organisch bedingt", "nicht als manisch oder melancholisch" gedeutet wurden. Man leitete daraus eine schlechte Prognose ab: 1919 als Abschluss der Vorlesungsvorstellung ist vermerkt: "Hier wird sehr wahrscheinlich die Verblödung eintreten" - eine, wie wir mehr als ein halbes Jahrhundert später sagen können, ominöse Feststellung.

Die Unzugänglichkeit der Patientin im Gespräch und auch sonst im Kontakt, ihre ausserordentliche Wechselhaftigkeit im Affekt, in der Antriebslage, in Hemmung und Erregung sowie ihre Unzugänglichkeit auch im Denken und Sprechen liessen die Patientin als autistisch erscheinen. Zum autistisch-dereellen Selbst- und Weiterleben der Patientin gehört ferner das paranoid-halluzinatorische Erleben. Die Wechselhaftigkeit, manchmal als Launenhaftigkeit imponierend, der Wechsel von Ablehnung und Begehren, die Sprunghaftigkeit, ja Widersprüchlichkeit entspricht dem Begriff der Ambivalenz.

Die Patientin kam nach mehreren Jahren in ein chronisches Stadium, in dem keine klaren produktiven Symptome im Sinne von Wahn und Halluzinationen mehr im Vordergrund standen, sondern in denen die oben beschriebenen psychomotorischen, Trieb- und Verhaltensstörungen, die so grosse pflegerische Probleme machten, weiterhin ganz im Vordergrund standen. Die Patientin blieb durch die Jahre eine wegen ihrer Aggressivität, Unberechenbarkeit, ihren Wutausbrüchen und Gewalttätigkeiten gefürchtete Kranke. Sie blieb weitgehend kontaktlos. Immerhin schien sich eine gewisse Gewöhnung an die eine oder andere Pflegerin einzustellen. Man schloss das daraus, dass sie vermehrt erbrach, wenn die betreffende Pflegerin nicht da war. Auch schien sie eine gewisse Anhänglichkeit an ihre Abteilung entwickelt zu haben, jedenfalls wehrte sie sich

stark gegen einen Versetzungsversuch.

Mit der Leukotomie 1950 wurde im ganzen eine Reduktion der aggressiven Impulse der Patientin erreicht. Die Verstimmungen wurden weniger häufig und heftig, sie war weniger gewalttätig. Aber R.G. war seit der Leukotomie noch mehr isoliert, abgekapselt, abweisend, kontaktlos. Sie war in ihrer autistischen Weise in den Klinikalltag eingeordnet, hatte ihren Standplatz auf der Abteilung und bei der Arbeit, ging mit einem Bündel Zeitungspapiere um, ohne die Zeitungen je zu lesen. Gelegentlich lächelte sie, manchmal schimpfte sie. Sie kümmerte sich nicht um die Nachbarn, nicht um die Erlebnisse in der näheren und fernerer Umgebung, gar um das Weltgeschehen. Sie fragte nie nach der Zukunft. Nach wie vor fühlte sie sich leicht in ihrer eigenen Art durch irgendwelche Aufforderungen oder Anregungen gestört, reagierte dann böse und schimpfte. Bei der Visite kam es vor, dass sie einmal von sich aus grüsste, oder sie schimpfte und bildete dabei neue Schimpfnamen. In der Mehrzahl der Fälle aber blieb sie völlig stumm und unbewegt. Während des Tages hatte sie ihren fixen Arbeitsplatz und war dabei fleissig und hatte Ausdauer (Hausarbeit). Die Patientin wurde in den Jahren nach der Leukotomie immer mehr abgekapselt und verstummte schliesslich. Es ist aus der Krankengeschichte nicht mehr ganz präzise zu entnehmen, seit wann sie überhaupt nicht mehr spricht. Sie wurde im Verlauf der Jahre fast taub und sie ist blind geworden (vermutlich durch den grauen Star). Sie sitzt nun - vergreist - täglich an ihrem bestimmten Platz, macht "kaum mehr Mühe bei der pflegerischen Betreuung".

Diagnose:

In der Krankengeschichte selbst ist keine systematische Zusammenfassung des psychopathologischen Befundes und keine differentialdiagnostische Ableitung der Diagnose bei einer regulären Krankenvorstellung nach Art der "Gemeinsamen Untersuchung" späterer Jahre.

In der Vorlegung wurde die "organisch" anmutende "Assoziationsstörung" vorgeführt und "Verblödung" prognostiziert.

Im Gutachten (1921) wurde eine "hebephren-katatone Schizophrenie" diagnostiziert und ein Vormund empfohlen.

Körperliche Krankheiten

R.G. hat im Laufe ihrer 83 Jahre verschiedene Krankheiten und Verletzungen erlebt, teilweise bedingt durch ihre Selbstaggression, teilweise als Nebenwirkung der verschiedenen Behandlungsmethoden.

So soll im Anschluss an eine Grippe im Herbst 1918 bis zum Klinikeintritt die Menstruation ausgeblieben sein (Menarche 15-jährig, regelmässige Zyklen von 4 Wochen); einmalig, kurz nach Eintritt war der Urin acetonhaltig, die Zunge belegt - ohne diagnostische Abklärung.

Viele Jahre lang verbrachte R.G. ihre Tage in unregelmässigen Abständen im Dauerbad, litt dabei 1920 an einer Furunkulosis, 1931 an einer exsudativen Pleuritis rechts. Im Rahmen der Somnifenkuren hatte sie kurze Zeit eine Struma, die nach Beendigung der Kur bald verschwand. Wiederholt wurde sie wegen Harnverhaltung im Rahmen dieser Kuren katheterisiert. Bei einer solchen Gelegenheit diagnostizierte man 1923 eine doppelte Vagina (nie verifiziert).

Weiter machte eine akute Parotitis bei einer Schlafbehandlung mit Cloetta-Lösung eine chirurgische Intervention in Vollnarkose notwendig.

Durch Fusstritte und Fausthiebe in Fensterscheiben verletzte sie sich wiederholt (1922 lappige Wunde am rechten Unterschenkel, 1934 Schnittverletzungen der linken Hand und des rechten Unterschenkels sowie bei einer anderen Gelegenheit die Durchtrennung der Achillessehne, 1949 eine Radiusfraktur rechts und Bursitis am rechten Knie). Im Alter wurde sie durch die Visusabnahme -

die Abklärung bei Verdacht auf Katarakt 1968 war wegen ungenügender Sedierung nicht möglich und wurde nicht wiederholt - ungeschickt und stürzte gelegentlich (1971 Radiusfraktur links loco classico und 1977 Schenkelhalsfraktur links mit Einsetzen einer Femurkopfprothese).

Epileptische Anfälle, (ausser den durch "Kuren" provozierten) sind 1920 und 1930 vorgekommen, ohne dass zu deren Zustandekommen Ursachen angegeben wurden.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass sie 1973 an einer Rhino-Pharyngitis sicca erkrankte und seit 1980 an Magenulcusbeschwerden leidet, die nicht abgeklärt wurden.

4. Die Praxis

R.G. war von Anfang gefürchtet wegen Erregungszuständen, Schimpfattacken, Tötlichkeiten gegen sich selbst und andere. Das führte zu zahlreichen Massnahmen der physischen Beschränkung, Isolierung und zur geradezu verzweifelten Suche nach einer physischen Behandlung. Im ersten Jahr musste sie tagsüber vorwiegend im Bad gehalten werden, nachts in der Zelle (angegurtet im Waresack). Von Anfang an bekam sie in regelmässigen Abständen Morphin-Scopolamin-Injektionen, in der Zeit von 1920 bis 1927 ca. 20 Schlafkuren, von wenigen Tagen bis zwei Wochen dauernd, mit Veronal, Somnifen, Luminal, Hyoscin, in den folgenden 10 Jahren seltener auch mit Cloettalösung, Morphin-Scopolamin und Coramin, was gegen Ende daran scheiterte, dass die Patientin zu hohe Medikamentendosen brauchte. In dieser Zeit wurden auch drei Malaria-kuren durchgeführt (drei mal geimpft mit einem Rezidiv nach der ersten Kur), was nach dem Ende der ersten Malariaserie keine weitere Besserung des Zustandsbildes brachte. 1929 Bromisierung und Hormoninjektionen, um den "aggressiven Tendenzen, die alle sexuelle Hintergründe haben, entgegenzusteuern". Ein Insulin-

schock 1937 blieb einmalig, da "man Angst hatte, es sei der letzte Moment". Im gleichen Jahre elf Kardiazolschocks, dann bis 1947 manchmal auch auf Wunsch der Patientin. 1946 wurde eine neue Dämmerkur mit Balophen compositum (Barbiturat) durchgeführt. Der Azomansschock wurde zwar diskutiert, wegen verweigerter körperlichen Untersuchung aber nicht durchgeführt. Bereits in den Jahren 1940 und 1941 erlebte sie 14 Elektroschocks, ab 1946 bis zur praefrontalen Leukotomie 1950 insgesamt ca. 90 Elektroschocks, worauf sie jeweils unterschiedlich lang gebessert blieb.

In all den Jahren musste man sie weiterhin oftmals isolieren, auch angurten. Die ruhigen Phasen dauerten verschieden lange, anfänglich Stunden bis Tage, später Wochen bis Monate, in den Jahren 1940 bis 1946 sind nur wenige Unterbrüche solcher ruhigen Phasen in der Krankengeschichte vermerkt.

In der Folge finden sich Einträge wie "in ihrem schweren Defekt fast unauffällig, immer am gleichen Platz", "zeitweise gereizt, schimpft dann", "trat in absoluten Arbeitsstreik, schimpfte, dass man sie isolieren musste", "verträglich-freundliche Alte", 1974 nicht mehr so laut schimpferisch wie früher, insgesamt seit 1950 keine Berichte über körperliche Aggressionen mehr. Bis 1977 verweigerte sie jegliche Medikamenteneinnahme, brauchte dann kurzfristig Laponex zur Sedation bei körperlicher Krankheit, zu einem späteren Zeitpunkt in geringer Menge Haldol, da sie hin und wieder laut wurde. 1979 kurzfristig Nozinan, da sie beinahe ununterbrochen schrie, zur Ruhigstellung 1980 Melleril mit Valium kombiniert.

4.1. Der pflegerische Umgang : Isolierung und Beschränkung

"Was sollte es für einen Sinn haben, ein organisches, zur "Verblödung" (dementia praecox) führendes Leiden zu behandeln, sich diesen Kranken intensiv zu widmen, Zeit und Kraft der Aerzte und des Personals aufzuwenden, um z.B.

den Negativismus zu überwinden, eine geringwertige Arbeitsleistung zu erzielen? Man begnügte sich mit der Abstellung der antisozialen Auswüchse, bekämpfte den ungünstigen Einflussmancher Kranker auf die andern durch Versetzung auf andere Abteilungen und beruhigte sich mit den Errungenschaften des "no-restraint", der Bettbehandlung, des Dauerbades, der hygienisch einwandfreien Unterbringung der Patienten" (Mayer-Gross, 1932, S.598).

R.G. zeigte ein unberechenbar aggressives Verhalten, so dass sie meist isoliert gehalten werden musste, tagsüber im Bad, nachts meist angegurtet in der Einzelzelle. Sie war unrein, erbrach, urinierte, kotete und zerriss sämtliche Kleider. Versuche, R.G. arbeitstherapeutisch zu behandeln, waren in den Anfangsjahren kaum möglich, jeglicher Zuspruch blieb ein fruchtloser Versuch. Klistieren "gab jedesmal einen Heidenkrampf", Hilfe erhoffte man sich durch die medikamentöse Therapie.

Die Schwierigkeiten durch die Tätlichkeiten, vor allem des Beissens, im unregelmässigen Verlauf verstärkten sich nach 16-jährigem Aufenthalt in der Klinik dermassen, dass man der Patientin "zur Vorsicht die oberen Zähne zog". Erneut verbrachte R.G. die Tage im Bad, da Angurten als Dauerzustand zum Wundwerden der Hand- und Fuss-Fesseln und Schmerzen führte. In dieser Zeit leitete man sämtliche Schritte zur Versetzung in die Rheinau in die Wege, vom Milieuwechsel wurde die Versetzungsbesserung als Ziel erhofft. Es geschah aber dann doch nicht.

4.2. Die Therapieversuche

4.2.1. Morphinum-Scopolamin

"Grosse Behandlungsschwierigkeiten bereiten noch immer die schweren katatonen Erregungszustände, bei denen eine hochgradige, völlig rücksichtslose Hyperkinese schwerster Art sich mit Nahrungsverweigerung verbindet. Nur mit Scopolamin-Dosen, die weit die offiziellen Maximaldosen überschreiten,

sind solche Kranke für wenige Stunden in eine Lähmung zu versetzen, bei deren Zurücktreten sofort die Erregung wieder einsetzt. Man versuchte die Ruhezeit mit Arzneimittelskysmen (z.B. 8 g Paraldehyd, darin 1,0 Trional gelöst) zu verlängern, aber oft genügt schon die Verabreichung eines Klysmas, um den Kranken soweit zu wecken, dass er es wieder herausdrückt ... Die räumlich engen und zum Teil unzulänglichen Einrichtungen unserer Klinik nötigen vielfach zu einer sehr reichlichen Verabreichung von Beruhigungsmitteln, z.B. auch an Patienten, die zu vorübergehenden impulsiven Gewalttätigkeiten neigen. Trotzdem hatten wir niemals den Eindruck, dass die schizophrenen Erregungen bei uns in der Art verlängert wurden, wie es in früheren Zeiten durch die Isolierung geschah; auch die Versetzung in die äusserlich so sehr viel günstigeren Verhältnisse der benachbarten Heil- und Pflegeanstalt führt bei den frischen Fällen meist nicht zu einer Versetzungsbesserung.... Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die Anwendung der üblichen Beruhigungsmittel bei frischen Schizophrenen, die schon im Interesse der Mitkranken oft unvermeidbar ist, bei geeigneter Sorgfalt der sonstigen Pflege keinen nachteiligen Einfluss auf die Intensität der Symptome und den Verlauf der Erkrankung hat (Mayer-Gross, 1932, S. 597).

Bereits in den ersten Hospitalisationstagen erhielt R.G. Morphinum-Scopolamin. Ueber die Häufigkeit der Anwendung und die Dosierung ist nichts vermerkt. Gelegentlich soll sie davon noch aufgeregter geworden sein, ein unerwünschter Erfolg, so dass sie weiterhin isoliert blieb.

4.2.2. Somnifen-Schlafkur nach Kläsi

In Jakob Kläsi's Arbeit: "Ueber die therapeutische Anwendung der "Dauernarkose" (1922) mittels Somnifen bei Schizophrenen wird R.G. als Beispiel dafür genannt (S. 589), dass die Behandlung gar keine Wirkung zeigte.

"Im Mai 1920 traf sie der Ref. in ihrer Zelle im Warek beinahe ganz unzugänglich und von oben bis unten mit Kot beschmiert. Die Wärterinnen behaupteten, dass sich nichts mehr machen lasse, dass sie auch im Bade nicht gehalten werden könne, denn sie steige beständig aus der Wanne und greife Wärterinnen und Mitpatientinnen an. Klistiert habe man sie auch schon, aber es gebe jedesmal einen grossen Kampf. Der Ref. ordnete dennoch die sofortige Ueberführung in den Wachsaal an und verabreichte 0,001 Scopolamin. Darauf 12 Stunden Schlaf, dann Klistier und neuerdings Scopolamin. So ging es zwei Tage. Die Patientin fing an zu erbrechen, wurde aber zugänglicher, bat die Wärterinnen um Hilfe, versprach, das Bettzeug nicht zu zerreißen, wenn sie solches statt Sack und Steppdecke bekomme, auch nicht die Bettwäsche. Man gab ihr solches, und sie hielt Wort. Sie erhielt viel Besuche vom Ref. und den Assistenten, schloss sich etwas auf, konnte schliesslich auf eine ruhige Abteilung versetzt werden, wo sie es zwei Tage aushielt. Dann wieder Rückfall, sehr aggressiv, klagte, man habe sie zur Hure gemacht, jammerte über verlorene Ehre und Unschuld und jagte Ref. aus der Zelle, weil er ihr Verführer sei; schmierte aber nicht mehr und liess auch nicht unter sich gehen. Vom 15. - 28.5. Somnifen-Kur mit teilweiser Urinretention und Erbrechen. Nach dem vollständigen Erwachen Versetzung auf die ruhigste Abteilung, wo sie ziemlich zugänglich war, etwas arbeitete und am 31. folgenden Brief schrieb" (s.S. 6/7) "Nach einigen Tagen neuer Rückfall, konnte aber immerhin während desselben im Garten gehalten werden, wo sie die Wege jätete und noch zugänglich war. Dann aber wieder Isolierung und Rückfall ins Schmieren. Vom 7. bis 13.6. und vom 3. bis 8.8. abermalige Somnifen-Kuren, diesmal ohne jede unangenehmen Nebenerscheinungen und mit dem gleichen vorübergehenden Erfolg wie die erste. Seither das gleiche Verhalten wie vor denselben."

Kläsi (S. 558) gibt zwei Gründe zur Einführung des Dauerschlafes bzw. der Dauernarkose in die Psychotherapie an:

"Erstens, weil ich, in Anlehnung an die fruchtbare Hypothese von der Heilung entzündlicher Vorgänge durch Anästhesie, wie sie namentlich von Cloetta seit vielen Jahren vertreten wird, erwog, dass eine solche Anästhesierung auch bei schizophrenen Aufregungszuständen, soweit diese durch Reizerscheinungen retrorezeptiver und zentraler Natur mitbedingt sein sollten, unterbrechend, beruhigend und heilsam wirken müsste, und zweitens, weil ich in Anbetracht der gelegentlichen Besserungen bei Schizophrenie nach fieberhaften Krankheiten oder nach Verabreichung pyrogentischer Mittel (Tuberkulin, Natrium nucleinicum) schon längst auf der Suche nach einem geeigneten Mittel war, mittels dessen sich ohne Gefahr für den Kranken eine gewisse, je nach den therapeutischen Erfordernissen beliebig grosse körperliche Hinfälligkeit und Hilfsbedürftigkeit erzeugen und erhalten liess. Denn ich habe jene Besserungen nie - in der Hauptsache wenigstens - als Folgen der Verdrängung einer Infektion durch die andere oder der einfachen Roborierung oder einer "Mauserung" des Grosshirns aufgefasst, sondern als Wirkungen des während der Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit wiedergewonnenen besseren Rapportes des Kranken mit dem Arzt. Der Arzt ist auf einmal wieder unentbehrlich geworden."

Kläsi (S. 567) kommt zur folgenden Indikationsliste (aufgrund der 26 beobachteten Kranken, die - was hervorgehoben werden muss - chronisch und schon weitgehend asozial geworden waren):

1. Agitierte Aufregungszustände, namentlich bei solchen, bei welchen eine ausgesprochen ängstliche Stimmung vorherrscht (vorläufig auf die Schizophrenie beschränkt),

2. Negativistischen Abkehrungen und Einkapselungen, die nicht Symptome einer fortgeschrittenen Verblödung, sondern mehr nur einer Trotzeinstellung sind oder auf der Wirkung feindseliger Stimmen und Beeinträchtigungsideen beruhen.
3. Akuten halluzinatorischen Schüben.
4. Stereotypien des Gedankens und des Wunsches, vielleicht auch solchen von der Art der Relikte.

"Ungeeignet sind veraltete, chronische Fälle, verblödete und wahrscheinlich auch solche mit organischen Symptomen. Kontraindiziert bei Marasmus, Herzschwäche und Nierenaffektionen".

"Somnifen ist eine wässrige Lösung von Diaethyl-dipropenylbarbitursaurem Diaethylamin. Die Versalzung der an sich gut wirksamen Hypnotika der Barbitursäurereihe (Veronal, Dial, Luminal) mit Diaethylamin bedingt eine vollständige Löslichkeit im Wasser und dadurch eine schnellere Resorbierbarkeit und Ausscheidbarkeit". (Klaesi, S. 557)

Zur Darreichung:

"Zuerst erhält der Patient 0,001 Scopolamin und 0,01 Morphinum. Eine halbe Stunde nach Eintritt des Schlafes werden zwei Ampullen Somnifen zu je 2 cm³ injiziert. Die vorgängige Scopolamin-Morphium-Injektion hat den Zweck, der beabsichtigten Narkose von Anfang an die notwendige Tiefe zu verschaffen" (Klaesi, S. 563).

Oberste Regel ist nach Klaesi (Einiges über Schizophreniebehandlung (1922):

"Die Kranken vorgängig jeder Behandlung genau auf die ihnen inne wohnenden Tendenzen zur Selbstheilung zu untersuchen

und dann erst, im Sinne der Unterstützung und Förderung derselben die Therapie wählen".

So empfiehlt er bei Verdrängungstendenz Arbeitstherapie, bei Streben und plötzlicher gewaltsamer Abkehr von der schizophrenen Einstellung (Wechsel von Haartracht und Kleidern) mit möglichst sinnenfälligen, eingreifenden ärztlichen Verordnungen entgegenzukommen, "Gewaltkuren", physikalische und diätetische Massnahmen."

Dazu schreibt Boss in "Die Grundprinzipien der Schizophrenietherapie im historischen Rückblick (1937) :

"Doch erlaubt uns gerade auf diesem Gebiete eine eigene reiche Erfahrung zu behaupten, dass Klaesi die Brauchbarkeit der Methode, eine richtige Indikationsstellung, richtige Technik und korrekt geleitete psychotherapeutische Nachbehandlung vorausgesetzt, sicherlich nicht überschätzt hat"(S. 382) "... dass die Wirkung umso auffälliger und die Wiederherstellung der früheren Persönlichkeit umso vollständiger erreicht werden kann, je tiefer die Kranken narkotisiert und je mehr die Patienten unmittelbar nach der Schlafkur psychisch und körperlich mitgenommen werden"(S. 383).

4.2.3. Malaria - Kur

In den Jahren 1924 bis 1959 führte man im Burghölzli Malaria-Kuren durch, im allgemeinen bei Progressiver Paralyse. Es war wohl Ausdruck der Verzweiflung in der therapeutischen Ohnmacht, dass man bei R.G. diese Kur versuchte (vgl. Klaesi 1922, S. 558). Man impfte R.G. im November 1927 mit einem luesfreien Malaria-stamm, unterbrach nach sechs Fieberzacken mit 5,0 g Chinin, behandelte das Rezidiv im Januar 1928 mit 3,5 g Chinin. In der Krankengeschichte steht dazu, dass "die Besserung schon vor dem

Angehen des Fiebers einsetzte", dass "von einem wesentlichen Erfolg gesprochen werden könne, wenn dieser Zustand anhalte". Nach dem Rezidiv galt sie "als nicht wieder gebessert", "immer noch gleich anspruchsvoll". Die zweite Malariakur vom Quotidiana-Typ im Juni 1935 fand nach fünf Fieberanstiegen trotz Provokation mit Pyripher ein jähes Ende, mit der Erklärung: "Laut KG hatte die Patientin bereits 1927 eine Malaria durchgemacht!" Im April 1936 war die dritte Malariakur nach einer Fieberzacke bereits beendet.

Julius Wagner von Jauregg erhielt 1927 den Nobel-Preis für die Behandlung der Progressiven Paralyse mit der Malariatherapie (Ackerknecht 1967, S.100). Er gehört zu den Forschern, welche von vornherein auf eine ätiologische Theorie des Leidens verzichteten und mit anderwärts bewährten, unspezifischen Methoden anzugreifen versuchten. Er dachte den gesamten Organismus durch Fieber erzeugende Mittel umzustimmen, welchen Gedanken, der in der Medizin seit ihren allerersten Anfängen heimisch ist, er für die psychischen Störungen aufnahm (Mayer-Gross 1932, S. 596).

4.2.4. Insulin - Kur

Im Juni 1937 bekam R.G. die einmalige Dosis von 10 Einheiten Insulin. Fünf Stunden später kam sie ins hypoglykämische Koma, als "tiefer Schock" beschrieben, "so dass man Angst hatte, es sei der letzte Moment". Eine halbe Stunde nach Zufuhr von 100 g Traubenzucker durch die Nasensonde erwachte sie jedoch und verlangte zu essen.

Zwischen 1936 bis 1963 wurden im Burghölzli Insulin-Kuren durchgeführt (Angst 1970, M. Müller 1963). Entdecker dieser Methode ist Manfred Sakel, Wien, der 1955 mit seiner Monographie "Neue Behandlungsmethoden der Schizophrenie" auf internationales Interesse stiess. Sein Verdienst liegt vor allem darin, "gerade die

gefährlichen "Zwischenfälle" zum therapeutischen Kernstück einer neuen Behandlungsmethode gemacht zu haben" (Müller 1963, S.390). Zur damaligen Zeit "deutete mancherlei zunächst darauf hin, dass derart extreme Schwankungen der Insulin-Toleranz nur bei Schizophrenen vorkommen" (Müller 1963, S. 390). Sakel glaubte, aus ihnen sogar prognostische Regeln ableiten zu können. (Insulin seit 1922 bekannt, Hypoglycaemien in dieser Zeit bereits beschrieben).

Als gebräuchlichste Menge wurden 10 - 15 Einheiten Insulin anfänglich gespritzt, mit Steigerung 10 - 15 Einheiten bis zu einer Gesamtdosis von 100 Einheiten tief i.m. Der Symptombeginn erfolgte frühestens nach 15 Minuten, in der Regel nach ungefähr einer Stunde. Dies war entsprechend dem Frostig-Schema die Anlaufphase (zuerst: Dösigkeit, Hypotonie, Schwitzen, Speichelfluss, übergehend in Bewusstseinstörung bis zum Ausschalten der Basalganglien und des Hypothalamus als Ende der Anlaufphase mit Beginn des Komas). Man hat beobachtet, dass zwischen Blutzuckerspiegel und Ausprägung der hypoglykämischen Symptome eine weitgehende Unabhängigkeit bestand. Kriterium für den Komabeginn war das Ausbleiben einer geordneten Abwehr auf starke Schmerzreize. Man fand, dass "eine zu kurze Dauer des eigentlichen Komas seinen therapeutischen Wert mindert" und eine "obere Begrenzung zur Vermeidung der Gefahrenzone" empfehlenswert war, so dass "die optimale Dauer eines Komas auf etwa 40 Minuten festgelegt werden konnte, was erst vom vierten Schock an wünschenswert war" (Müller, 1963, S. 396). Dass die Gesamtdauer im Zusammenhang mit dem Praekoma zu bestimmen war (Halbschock und Schock auf 1 1/2 Stunden beschränkt), bei Frauen 4, bei Männern 4 1/2 Stunden Dauer, liegt daran, dass ein Praekoma ebenfalls Risiken in sich trug, "gelegentlich einmal zu einem gefürchteten irreversiblen Schock" führen konnte. Zu beachten war ausserdem eine Toleranzschwankung in der Richtung einer Empfindlichkeitssteigerung - Gründe dafür waren damals noch nicht geklärt - d.h. Komabeginn vor drei Stunden nach Injektion als "überstürztes Koma", ein weiteres Anzeichen

das verzögerte Erwachen. Die Hypoglykämie wurde in der Schockphase durch Zufuhr von Zuckerlösung durch die Nasensonde oder intravenös unterbrochen. 10 - 20 Minuten nach intrastomakaler Unterbrechung sollte das Erwachen erfolgen. Als gefürchtete Zwischenfälle galten das verlängerte Koma, mit der Uebergangsstufe zum verzögerten Erwachen (nach 20 Minuten noch nicht, aber vor einer Stunde erwacht). Prognostisch günstiger war das hypoglykämische Koma, welches keine Indikation zur Unterbrechung darstellte, aber das Einschalten einer Schonzeit erforderte im Gegensatz zum verlängerten normo-hyperglykämischen Koma, welches besonders häufig bei Fällen heftiger motorischer Erregtheit auftrat, in der Mehrzahl der Fälle innerhalb der ersten 14 Tage der Schockphase. Als weitere Zwischenfälle beschrieb man frühe und späte epileptische Krampfanfälle, Herz-Kreislaufversagen, schwere Respirationsstörungen, allergische Erscheinungen, gesteigerte Infektionsanfälligkeit und den Nachschock. Müller fand bei 4 '835 Behandelten eine Mortalität von 0,4 % bei sorgfältiger Durchführung.

Den gelegentlichen therapeutischen Effekt deutete man psychologisch (Alexander et al. 1969): Der Patient erwacht aus dem Koma im psychologischen Zustand der Regression und ist abhängig von der äusseren Hilfe. Insulin, so wusste man, war wie andere Therapien in den chronischen Stadien der Krankheit weniger wirksam.

4.2.5. Cardiazol - Schock

Von 1937 bis 1947 wurden im Burghölzli Cardiazol-Schocks durchgeführt (Angst 1970), was sich in der Krankengeschichte von R.G. widerspiegelt. Im ersten Jahr erlebte sie elf Schocks, mit einer Dosierung von 0,5 g Cardiazol, dann gelegentliche Kuren auch auf Wunsch der Patientin, wobei die genaue Anzahl aus der Krankengeschichte nicht eruierbar ist.

Ladislaus Joseph von Meduna (Budapest) nahm einen biologischen Antagonismus zwischen epileptischem Anfall und schizophrenem Krankheitsgeschehen an, begann 1934 mit Kampfer die "Konfusions-therapie" der Schizophrenie, ab 1935 mit Pentamethylentetrazol, einem synthetischen Kampfer (Cardiazol der Firma Knoll) (M.Müller 1963, S. 467; Alexander & Selesnick 1969, S. 353). Wichtige Behandlungsregeln waren die Anpassung der Cardiazoldosis an die individuell recht verschiedene Krampfbereitschaft und die möglichst rasche I.V.-Injektion. Anfangsdosis 0,4 bis 0,5 g einer 10-prozentigen Cardiazollösung, nach spätestens zwei Minuten, wenn bis dahin kein Anfall erfolgte, eine zweite Dosis um 0,1 g erhöht; falls immer noch kein Anfall stattfand, erneute Dosissteigerung um 0,1 g bis zum dreimaligen Nachspritzen pro Tag. Dies wurde an den folgenden Tagen wiederholt, bis die Anfallsdosis erreicht war. In der kurmässigen Krampfserie versuchte man zweimal wöchentlich insgesamt 6 - 10 Konvulsionen zu erreichen. Häufig fand sich die Tendenz zur Toleranzsteigerung. War die Latenzzeit nach der Injektion länger als eine Minute (normalerweise 5 - 20 Sekunden), galt es als Zeichen der Unterdosierung. In dieser Latenzphase sollen Todeserlebnisse, Angst und Vernichtungsgefühle als besonders schrecklich erlebt worden sein. Ueber Erlebnisse dieser Art findet sich in der Krankengeschichte R.G. nichts. Das Herannahen eines Anfalls wurde im Unterschied zu den Elektroschocks mit einem kleinen Reizhusten und Vorklonie angekündigt. Die folgenden Stadien (tonische und klonische Krämpfe, Koma, Erwachen und das organische Schocksyndrom) entsprechen denjenigen der Elektroschockbehandlung; allerdings ist das Cardiazol-Konvulsionsgeschehen heftiger, weil es offenbar tiefer in die zentralnervösen Funktionszusammenhänge eingreift. Häufigste Komplikation ist der inkomplette Anfall, wie er bei ungenügender Dosierung oder zu langsamer Injektion möglich ist. 1941 errechnete M.Müller eine Mortalität von 0,3 % bei 2'280 Behandlungen (Müller 1963, S. 467).

Pharmakologische Ersatzpräparate wie Azoman (Zyklohexyl-aethyl-Triazol, wirkt in kleineren Mengen) Aneuxol (Aminophenazon), Aethylcholin und Ammoniumchlorid erwiesen sich als weniger zuverlässig. Unangenehme Nebenwirkungen konnten bei diesen Mitteln ebenfalls nicht ausgeschaltet werden. Die Angstgefühle konnten im Abortivanfall auch unter Narkoseschutz, wie dies ab 1939 vorgeschlagen wurde, nicht vollständig unterdrückt werden. Aus diesem Grunde - zusätzlich ist die Technik einfacher und die Unkosten geringer - haben die Elektroschocks den Cardiazolkampf verdrängt.

4.2.6. Elektroschock

In den 10 Jahren vor der praefrontalen Leukotomie erlebte R.G. die Elektroschocks, wie sie ab 1940 im Burghölzli üblich waren (Angst 1970), ab 1949 mit Curare kombiniert. 1970 kam die Celocurin-Anästhesie dazu.

Ugo Cerletti führte 1938 den ersten Elektroschock in Rom durch (M.Müller 1963, Alexander und Selesnick 1969). Die klassische Elektrokramptechnik, wie er sie zusammen mit Pini begründete, besteht darin, einen 50-periodigen sinusoidalen technischen Wechselstrom in Form eines Stromstosses von 60 bis 130 Volt, etwa 200 - 800 Milliampère und 0,1 bis 0,5 und mehr Sekunden Durchflusszeit von einer Schläfe zur anderen bei bitemporalem Elektrodenansatz und "embryonaler" oder Rückenlagerung des Patienten zu applizieren. Ob grosse oder unvollständige Anfälle erzielt werden, hängt von der Reizstärke, vom Lebensalter und vom Allgemeinzustand des Kranken ab. Bei jungen Menschen ist die Krampfschwelle niedriger, bei Frauen im allgemeinen höher. Bewährt hat sich die Ausgangsstromdosis von 80 Volt bei 0,1 Sekunden Durchlaufzeit. blieb der Stromstoss unterschwellig, erwies sich eine Spannungserhöhung bis auf 130 Volt als zweckmässig, genügte dies noch nicht, galt es die Stromdurchlaufzeit zu steigern, wobei, wie beim Cardiazolschock, nicht mehr als drei Versuche

im Tage stattfinden sollten. Abortivanfälle resultierten bei Unterdosierung, verzögerte Anfälle bei geringer Unterdosierung (eine gemilderte Form nach sehr langer Latenzzeit mit weniger Komplikationen), überstürzte Anfälle bei Ueberdosierung, mit erhöhter Gefahr einer chirurgischen Komplikation. 12 - 16 Krämpfe bildeten eine Behandlungsserie, zweimal wöchentlich je ein Elektroschock.

H. Solms (1963, S. 471) schreibt in "Der Wirkungsmechanismus der Krampfbehandlung, Tatsachen und Theorien":

"Ob der Heilkrampf mit Cardiazol, Azoman, Indoclon, elektrischen Reizen, Kampfer, Biclotoxin, Insulin oder andern Convulsiva ausgelöst wird, immer bleiben sich die therapeutischen Ergebnisse gleich. Bei der Elektrokrampfbehandlung spielen die Art und Applikationsweise des Krampfstromreizes auch keine entscheidende Rolle für die Heilwirkung".

Zur Indikation schreibt er:

"Ueberdies spielen bei der psychiatrischen Indikationsstellung und Therapie mannigfaltige individuelle und ausserwissenschaftliche Faktoren mit hinein, die berücksichtigt werden müssen, so z.B. die psychische Einstellung des Kranken und seiner Angehörigen zur Kur, die individuelle Verträglichkeit einer Behandlungsmethode, die in gewissen Vorurteilen befangene oder einseitig beeinflusste öffentliche Meinung, der Mangel an geschultem ärztlichem und pflegerischem Personal, die in Notzeiten auftretende Verteuerung oder Verknappung bestimmter Medikamente und andere mehr ... Als Erhaltungsbehandlung bei chronifizierten schizophrenen Zustandsbildern ist die Elektrokrampfbehandlung dank der neuroleptischen Therapie in den Hintergrund gerückt."

4.2.7. Praefrontale Lobotomie (Leukotomie)

Im März 1950 wurde bei R.G. die praefrontale Leukotomie durchgeführt. Vorgängig schwerste Erregungszustände, auf Elektroschocks nur wenige Tage gebessert. So war sie während Monaten.

"Jetzt schon seit 10 Tagen wieder heftig erregt, wenn auch kaum aggressiv, es sei denn, man wolle sie pflegen, spritzen etc. Sich selber überlassen, legt sie sich unters Bett, jammert in monotonem Tone stundenlang laut, hält sich an den Bettfedern fest und macht dabei langsame, steife Bewegungen, die an diejenigen eines Faultieres erinnern. Verweigert jegliche Nahrung und Flüssigkeit, so dass sie zweimal pro Tag sondiert werden muss. Auch dies gestaltet sich zu einer grossen täglichen Schwierigkeit. Die Patientin hat eine alterprobte Geschicklichkeit im Hervorwürgen des Schlauches".

Egas Moniz, Lissabon, ging von der Hypothese aus, "dass funktionelle Geistesstörungen durch starre Zellverbindungen verursacht seien, welche man chirurgisch durchtrennen müsse". Die an Tierexperimenten nachgewiesene Bedeutung des Stirnhirnes für das affektive Verhalten führte ihn zu einem Eingreifen an dieser Stelle. Ohne sicheres theoretisches Fundament, ohne klare Indikationsstellung und unter dem Eindruck der Hoffnungslosigkeit vieler psychiatrischer Krankheitszustände und zahlloser Kranker, die zu einem armseligen Anstaltsleben verurteilt schienen, wurde sehr bald bei allen möglichen Krankheitszuständen chirurgisch vorgegangen und die "Psychochirurgie" zur therapeutischen Mode mit einem Maximum um 1951 (M.Müller 1948, Heimann (1963)).

Bei der praefrontalen Lobotomie, Leukotomie, Standardlobotomie nach Fryman und Watts, ein blindes Verfahren, das sich vorwiegend auf das Stirnhirnmak konzentriert, als häufigste Eingriffsart gebraucht, wurde 6 cm über dem Jochbogen und 3 cm hinter dem

lateralen Orbitalrand beidseits 1,5 cm Trepanationsöffnungen angelegt, die Dura durchschnitten und das Leukotom horizontal in einer frontalen Ebene in die weisse Substanz des Stirnhirnes hineingestossen. Die Schnittebene liegt in der Regel vor dem Seitenventrikel. Alsdann wird das freie Ende des Leukotoms nach oben und unten gekippt, wodurch in einem dreieckförmigen Sektor ober- und unterhalb der Ausgangslage die Fasermassen durchschnitten werden. Im Anschluss daran kommt es zur Resorption des nekrotischen Gewebes und zur Ausbildung von zystischen Hohlräumen, die eine sehr verschiedene Ausdehnung haben. M.Müller (1948) erklärte die Wirkung des Eingriffes durch die Degeneration des Tractus fronto-thalamicus und des dorsomedialen Thalamuskernes mit der typischen Veränderung der Emotionalität. Für die Indikation verlangte er, dass sämtliche, sonst erfolgreichen Methoden bei kunstgerechter Durchführung versagt hätten und die Möglichkeit einer spontanen Remission ausgeschlossen werden könnte. Günstige Resultate beobachtete er bei 23 bis 42 % der chronisch Schizophrenen. Besonders aggressive, zu schweren Impulshandlungen neigende Kranke, die vorher ihrer Gefährlichkeit wegen unter hohen Schlafmitteldosen gehalten werden mussten und für die Pflege eine Belastung bildeten, zeigten eine Dämpfung der motorischen Entladungstendenz, die Verlegung auf ruhigere Stationen wurde möglich. Ueber das Ausmass des durch den Eingriff gesetzten Defektes, die spezifische Aenderung der Emotionalität liess sich bei dem chronischen Material mit meist bereits weitgehender Zerstörung der Persönlichkeitsstruktur naturgemäss wenig feststellen. Viele Symptome (plötzliche Aggression und andersartige Impulse, ausgeprägte Ambivalenz, Ambitendenz, starrer Negativismus, Zwangsanstriebe, Angst, diffuse Erregungszustände, raptusähnliche Erscheinungen, Fixen und Stereotypien, soweit sie nicht zu automatischen, des emotionalen Gehaltes entleerten Symptomen geworden waren) wurden umso besser gedämpft, je weniger sie mit wahnhaften und halluzinatorischem Erleben verhaftet waren, dies altersunabhängig. Die besten Resultate fanden sie bei Fällen mit längster Krankheitsdauer. Auch zeigte sich eine gewisse Parallelität zur Elektrokrampfbehandlung, d.h. Patienten, die nach Elektroschocks vorüber-

gehend beruhigt und sozialisiert waren, sprachen günstig auf Leukotomie an. Zusammenfassend beschrieb M. Müller (1948) bei den 19 Defektschizophrenen keine echte Remission, in 2/3 der Fälle aber eine Besserung im Sinne einer Sozialisierung, Domestizierung und subjektiven Erleichterung.

4.2.8. Moderne Psychopharmaka

R.G.'s schwerste Zeit war vor der Neuroleptikazeit. Sie war seit der Leukotomie nur mehr selten erregt, nicht mehr aggressiv. Verstummt, abgekapselt ging sie ins Senium. So brauchte sie nur noch selten Neuroleptika: einmal Leponex zur Sedierung bei einer Körperkrankheit, später einmal Haloperidol, Nozinan, Melleril, Valium.

5. Die Krankengeschichte - Spiegel von Lebensschicksal, Psychiater, Psychiatrie

Es ist an dieser Krankengeschichte und an den vielen anderen bis heute eindrücklich, wie wenig eingehend das Erleben der Kranken erforscht wird, besonders das Selbsterleben. Es geht dabei nicht nur um Befindlichkeit und Stimmung, sondern um eine eingehende Befragung, wie sich der Patient in seiner auch das Leibliche einschließenden Ganzheit erlebt: hinsichtlich Vitalität, Aktivität, Konsistenz und Kohärenz, Demarkation, Identität (Scharfetter 1976).

Der distanzierte Beobachterstil im Untersuchen und Beschreiben ist in Kraepelins "Vorlesungen" (1905) vorgeführt. Sie stehen als schule-machend und repräsentativ für die damalige akademische Psychiatrie. Eugen Bleuler, der als Anstaltsdirektor viel enger mit seinen Patienten lebte, hob sich davon ab, wie überhaupt die Schweizer Verbindung von Universitätsklinik und Anstalt und die Vertrautheit heimischer Direktoren für den Umgangsstil und demnach auch für die gesamte Psychopathologieerfahrung wichtig und fruchtbar war (M. Bleuler 1967).

Eine Kraepelinvorlesung mag als Beispiel für den distanzierten Demonstrationsstil dienen, der dann auch zur "Diagnose" von Gefühlsstörungen ("gemütliche Verödung") und zum Registrieren eines krankheitsprozessbedingten Defektes führen mag, ohne die systeminhärente Induktion solcher Verhaltensweisen und solcher Laufbahn zu sehen. In solcher Psychopathologie gedeihen dann urteilende "Beschreibungen" : stumpf, läppisch, geistige und gemütliche Verblödung. Die implizierten Normenwertungen des Psychiaters sind als Prämissen nicht reflektiert, der Mitmensch als reagierendes interaktionelles Wesen nicht Subjekt der Begegnung.

Kraepelin (1905, S. 21):

« Sie sehen heute einen kräftig gebauten, gut genährten, 21-jährigen Mann vor sich, der vor wenigen Wochen in die Klinik eingetreten ist. Er sitzt ruhig da, sieht vor sich hin, blickt nicht auf, wenn man ihn anredet, versteht aber offenbar alle Fragen sehr gut, da er, wenn auch langsam und oft erst auf wiederholtes Drängen, so doch durchaus sinngemäss antwortet. Aus seinen kurzen, mit leiser Stimme gemachten Angaben entnehmen wir, dass er sich für krank hält, ohne dass wir über die Art und die Zeichen der Störung nähere Auskunft erhielten. Der Kranke schiebt sein Leiden auf die von ihm seit dem 10. Lebensjahr betriebene Onanie. Dadurch habe er sich einer Sünde gegen das 6. Gebot schuldig gemacht, sei in seiner Leistungsfähigkeit sehr heruntergekommen, habe sich schlaff und elend gefühlt und sei zum Hypochonder geworden. So habe er sich im Anschluss an die Lektüre gewisser Bücher eingebildet, dass er einen Bruch bekomme, an Rückenmarkschwindsucht leide, obgleich beides nicht der Fall sei. Mit seinen Kameraden habe er nicht mehr verkehrt, weil er gemeint habe, dass sie ihm die Folgen seines Lasters ansähen und sich über ihn lustig machten. Alle diese Angaben bringt der Kranke in gleichgültigem Tone vor, ohne aufzusehen oder sich um seine Umgebung zu kümmern. Sein Gesichtsausdruck verrät dabei keine gemütliche Regung; nur ein flüchtiges Lachen zeigt sich

hie und da. Ausserdem fällt gelegentliches Stirnrunzeln oder Verziehen des Gesichtes auf, um Mund und Nase beobachtet man beständig ein feines, wechselndes Zucken. Er hört und versteht zwar recht gut, was man ihm sagt, aber er gibt sich gar keine Mühe, darauf zu achten, passt nicht auf, antwortet ohne Nachdenken, was ihm gerade einfällt. Eine deutliche Anspannung des Willens ist dabei nicht zu bemerken; auch alle Bewegungen erfolgen schlaff und ohne Nachdruck, aber ungehindert und mühelos. Von gemütlicher Niedergeschlagenheit, wie man sie etwa nach dem Inhalt seiner Aeusserungen erwarten sollte, ist keine Rede; der Kranke bleibt dabei ganz stumpf, fühlt weder Befürchtungen noch Hoffnungen noch Wünsche. Was um ihn vorgeht, berührt ihn nicht tief, obgleich er es ohne wesentliche Schwierigkeit begreift. Es gilt im gleich, wer bei ihm aus und ein geht, mit ihm spricht, für ihn sorgt; er fragt nicht einmal nach dem Namen. Dieser eigentümliche, tiefgreifende Mangel einer Gefühlsbetonung der Lebenseindrücke bei gut erhaltener Fähigkeit, aufzufassen und zu behalten, ist nun in der Tat das kennzeichnende Merkmal der Krankheit, die wir hier vor uns haben. Er wird noch deutlicher, wenn wir den Kranken eine Zeitlang beobachten und sehen, dass er trotz seiner guten Bildung wochen- und monatelang im Bette liegt oder herumsitzt, ohne das geringste Bedürfnis nach Beschäftigung zu empfinden. Vielmehr starrt und brütet er mit ausdruckslosen, hie und da von leerem Lächeln umspielten Zügen vor sich hin, blättert höchstens einmal in einem Buche, spricht nichts und kümmert sich um nichts. Auch bei Besuchen sitzt er teilnahmslos da, erkundigt sich nicht nach den häuslichen Verhältnissen, begrüsst seine Eltern kaum und kehrt gleichgültig wieder auf die Abteilung zurück".

Daraus diese Ableitung:

"Diese Schriftstücke wie auch seine Aeusserungen, er denke über die Welt nach, braue sich jetzt eine Moralphilosophie

zusammen, lassen keinen Zweifel darüber, dass hier neben der gemüthlichen Verödung auch ein erheblicher Grad von Urtheilsschwäche und Zerfahrenheit vorhanden ist, obgleich die rein gedächtnismässige Beherrschung der Kenntnisse keine oder nur geringe Einbusse erlitten hat. Es handelt sich um ein geistiges und gemüthliches Siechtum eigener Art, das nur äusserlich noch an die früher besprochenen Depressionszustände erinnert. Dieses Siechtum ist der unheilbare Ausgangszustand eines überaus häufigen Krankheitsvorganges, den wir vorläufig mit dem Namen der *Dementia praecox* belegen wollen" (S. 24)

"Ausser der geistigen und gemüthlichen Verblödung begegnen uns im vorliegenden Falle noch einige weitere bedeutungsvolle Züge. Dahin gehört zunächst das leere, läppische Lachen, das wir in der *Dementia praecox* unendlich oft beobachten. Diesem Lachen entspricht keine heitere Stimmung; einzelne Kranke beklagen sich geradezu, dass sie lachen müssten, ohne dass ihnen lächerlich zumute sei. Eine zweite wichtige Krankheitserscheinung ist das Gesichterschneiden oder Grimassieren sowie das feine Muskelzucken im Gesichte, das ebenfalls sehr kennzeichnend für die *Dementia praecox* ist. Weiterhin haben wir die Neigung zu eigentümlich verschrobenen Redewendungen, zu sinnlosem Spielen mit Silben und Wörtern zu bemerken, weil sie in dieser Krankheit oft sehr absonderliche Formen annimmt. Endlich möchte ich noch darauf aufmerksam machen, dass der Kranke, wenn man ihm die Hand reicht, diese nicht ergreift, sondern einfach die seine steif entgegenstreckt; auch darin sehen wir die erste Andeutung einer Störung, die in der *Dementia praecox* vielfach in höchst verblüffender Weise ausgebildet ist" (S.25).

Die Vorlesung über katatonen Stumpor (S.35/36) gemahnt makaber an eine neurologische Demonstration:

"Der nächste Kranke, ein 36-jähriger Kaufmann, kommt unter Führung mit geschlossenen Augen, hängendem Kopfe und schlüpfenden Schritten ins Zimmer, wo er auf einem Stuhl

schlaff zusammensinkt. Die bleichen, ausdruckslosen Züge beleben sich nicht auf anreden; der Kranke antwortet nicht auf Fragen und befolgt keine Aufforderungen. Sticht man mit der Nadel in die Stirn, in die Nase oder berührt man die Cornea, so erfolgt höchstens ein leichtes Blinzeln oder Erröten ohne Abwehrbewegung. Dazwischen aber bricht der Kranke ganz unvermutet in ein leises Lachen aus. Hebt man seinen Arm in die Höhe, so fällt er schlaff herab und bleibt in der Stellung liegen, die er dabei zufällig erhält. Auf längeres Zureden öffnet der Kranke endlich die Augen, gibt jetzt auch die Hand, indem er sie mit steifer, eckiger Bewegung zurckweise vorschiebt und in dieser Stellung verharret. Biegt man ihm den Kopf zurück, so bleibt er in dieser unbequemen Lage, reckt dabei auch sein von mir emporgehobenes Bein steif in die Luft. Nach und nach gelingt es, noch andere Zeichen der Befehlsautomatie hervorzurufen. Der Kranke hebt die Arme, wenn man es ihm vormacht, ahmt stossende und drehende Bewegungen, Umeinanderwirbeln der Fäuste mit grosser Genauigkeit und Schnelligkeit nach. Dagegen spricht er kein Wort, kneift die Lippen zusammen, als er die Zunge zeigen soll, ist nicht zum Schreien zu bewegen, bleibt abgesehen von wiederholtem, plötzlichem Grinsen, völlig stumm, spricht aber einige ihm laut zugerufenen Wörter mit geschlossenem Munde nach. Die Aufforderung, nun wieder zu gehen, befolgt er sofort".

Solche Krankenvorstellung spiegelt den Umgang mit den "Geisteskranken" als Objekt der Demonstration, der "wissenschaftlichen" Bearbeitung. Welche Wirkung hat solcher Umgang auf ihn und seine Karriere? Zu Recht schreibt M. Bleuler 1967:

"Sicher ist, dass die Einstellung zu den Krankengeschichten in einem Wechselverhältnis zur psychiatrischen Praxis steht. Meines Erachtens wird an der Tradition der Krankengeschichten zu starr festgehalten. Ich glaube, dass viele junge Kollegen sich gelegentlich bei der Untersuchung zu sehr auf das Nebeneinanderstellen von Symptomen einlassen, dass sie zu egozentrisch den Kranken nur in der Begegnung mit sich selbst sehen,

dass sie zuwenig mit dem Untersuchen schon behandeln und dass sie zuwenig auf das Gesunde im Kranken achten, weil sie durch eine veraltete Konzeption der Krankengeschichten vom Wesentlichen abgelenkt werden."

Die Krankengeschichte von R.G. ist in mehrfacher Hinsicht ein eindrückliches Dokument. Die Lebensgestalt einer so schwer kranken Frau, die Zerstörung durch eine aetiologisch unbekannte "Geisteskrankheit", die vielen als deteriorierender Prozess auf der Grundlage einer degenerativen zentralnervösen Erkrankung erscheint, von andern als psycho-soziogen gedeutet wird, ist an sich schon erschütternd. Was in diesem Menschen vorging, ehe sie erkrankte, was für Ängste sie in der akuten Psychose bewegten, darüber wissen wir so gut wie nichts. Was zur aggressiven Verbitterung gegen fast alle Betreuer, zum therapieresistenten Verharren in der chronischen Psychose, schliesslich zum Verstummen führte, was heute in der blinden und fast tauben Greisin vorgeht, davon haben wir keine Ahnung. R.G., die Alienierte, war der mitmenschlichen Gemeinsamkeit entrückt und blieb durch mehr als ein halbes Jahrhundert ihren Betreuern eine Fremde, deren Innenleben kaum einer spürte, für deren Regungen auch kaum einer noch offen war.

Die Ohnmacht, mit der Patientin hinsichtlich ihres Innenlebens wirklich, d.h. echt und offen und therapeutisch wirksam in Beziehung zu kommen, die Alienation und Isolation ist auf beiden Seiten: der von R.G. und der der Therapeuten.

Die Krankengeschichte spiegelt die Aerzte, Generationen von Psychiatern dokumentieren sich selbst, indem sie die Patientin "beschrieben", d.h. festhielten, wie R.G. auf sie wirkte. Wer reflektierte, wieviel Eigenes von Arzt und Pflegern in diese "Beschreibung" einfloss und wieviel vom Verhalten interaktionell bestimmt war? Beschreibung, Interpretation, Projektion aus Gegenübertragung konfluieren unauf lösbar in solchensätzen, die gleichzeitig den Zeitgeist der Psychiatrie spiegeln:

"Ihr Benehmen ist ausgesprochen spielerisch gekünstelt, zugleich infantil gefärbt mit übermässigem Geltungsbedürfnis einerseits und einer gewissen Hilfsbedürftigkeit andererseits".
"Mit erotischem Lächeln in weitgehend fortgeschrittener Verblödung im Bette liegend und einem den Rücken zukehrend oder

schnell ein zerknitterten Blümchen dem Arzt in den Mantelsack steckend, das ist das typische R."

Wie hebt sich aus solchen Einträgen die Notiz von Manfred Bleuler ab, der die Patientin im September 1965 auf der Visite traf und sich dabei von der inneren Freude, Aufgeschlossenheit und Feinfühligkeit dieser Frau, die seit Jahrzehnten als "dement", "defekt" galt, tief berühren liess. Da war ein Arzt offen für die andere Seite, die allgemein-menschliche, gesunde im Kranken:

"Gestern sah ich nach einem 3 1/2 monatigen Intervall (wissenschaftl.Urlaub) Frl.R.G. erstmals wieder. Es hat mich ausserordentlich berührt: im Gegensatz zu ihrer Haltung seit vielen Jahren war sie plötzlich völlig aufgeschlossen; sie empfing mich freundlich und begann ein Gespräch über den danebenstehenden Blumenstrauss. Sie schilderte mit grosser innerer Freude die prächtigen Farben der Blumen, die Harmonie der Zusammenstellung, gab allen botanische Namen und erklärte, wie dankbar sie den Gärtnern sei, über die sie wusste, wann sie krank gewesen waren und ähnliches. Sie zeigte dabei eine grösste Feinfühligkeit und wirkte kaum mehr pathologisch - und dies bei einer Patientin, die schon allgemein als schwerste schizophrene Demenz bezeichnet wurde, als ich im Jahre 1927 vorübergehend im Burghölzli tätig war !" (6.9.1965)

Da wird die Krankengeschichte zu einem psychogramatischen Dokument - nicht der Patientin, sondern der Aerzte. Welche Nähe können sie zulassen, welche Offenheit, welche Sensibilität leben? Welche Unvoreingenommenheit können sie verwirklichen ? Wie geprägt, eingengt, festgelegt, bestimmt sind sie von ihrem Eigenem, dem Eingeschulten, dem Zeitgeist?

Da ist die Krankengeschichte Spiegel der Praxis (M.Bleuler 1967), des Umganges des jeweiligen Arztes mit der Kranken. Einer fand R.G. "verblödet", ein anderer "erotisch". Viele kämpften mit ihrer Aggressivität. Ein anderer ging mit ihr spazieren und fand sie wie ein Kind gerührt angesichts der Blumen; Einer schenkte ihr einen Apfel und erhielt als Dank einen Blumenstrauss. Auf Manfred Bleuler wirkte R.G. (nach 46 Jahren Hospitalisation) 1965 "kaum mehr pathologisch".

"Schizophrenie ist das, was sich zwischen einem Patienten und seinem Gegenüber abspielt" (Benedetti 1975) - spiegelt die Lebensgestalt R.G., abgebildet in der Krankengeschichte, nicht eben dieses missglückte Interaktionelle : es war nicht gelungen, ein kommunikatives Klima zu schaffen, in dem R.G. von ihren schizophrenen Erlebnis- und Verhaltensweisen hätte abrücken können.

Die Krankengeschichte als "Bahnbrecher des Fortschrittes" (M.Bleuler 1967): Es war Bleulers Klinik, in der intensive psychoanalytische Therapie gepflogen wurde (Benedetti 1964, C. Müller 1959, 1961) - in den Fünfziger Jahren - zu spät für R.G. Aber trug vielleicht auch sie mit zur Bleuler'schen Auffassung bei, dass, wie Griesinger 1861 lehrte, gesundes Seelenleben im Schizophrenen erhalten bleibe und dass alle Therapie darauf ausgerichtet sei, dieses Gesunde anzusprechen, zu stützen und zu stärken? Es ist nicht Idealisieren des Leidensweges, sondern Offenheit und Lernbereitschaft, wenn wir auch R.G. in die Dankbarkeit an die Menschen einschliessen, von denen wir lernen durften.

Das Thema morbogene (prozessbedingte) Dauerpsychose und Defekt versus psycho-sozial induzierte Karriere des 'Verrückten' in Hospitalismus, Institutionalismus als ungelöstes Problem der Chronizität ist in der Krankengeschichte über ein halbes Jahrhundert da. Was ist hier morbogen, was iatrogen, was institutionsbedingt? An R.G.'s Lebensgeschichte können wir diese Fragen nicht lösen, aber sie hält unser Fragen danach offen, sie sensibilisiert uns, dem Problem an jedem neuen Patienten von Anfang an nachzugehen und "Defekt" nicht einfach als schicksalgegeben hinzunehmen (M.Bleuler 1972, Freeman et al. 1969, Ciompi und C.Müller 1976, Ciompi 1980).

Das therapeutische Anliegen, wie immer es formuliert wird, Leiden zu lindern, Lebensbewältigung zu vermitteln, Symptome zu beseitigen, Verhaltensstörungen zu korrigieren, Leben zu lehren, scheiterte bei R.G. Liegt es an "der Natur" des hypostasierten Morbus, liegt es am Widerstand der Patientin - oder liegt es an der vermeintlichen Therapiemassnahme selbst, die vielleicht nicht nur insuffizient, sondern gar pathogen wirkte? Sollte in der Not des Unterganges das betäubende Mittel, die Dauernarkose,

das Parasitenfieber, das Stoffwechselkoma, der induzierte Krampfanfall die Synthese ermöglichen ? Das zu behandelnde Subjekt, R.G., blieb zu innerst unbekannt, das behandelte Objekt, "die Schizophrenie" ist unbekannt. Die "Therapie"-Versuche spiegeln die verzweifelte Ohnmacht der Betreuer. Je weniger mitmenschliche Beziehung möglich war, umso aktiver wurden physikalisch-chemische Mittel eingesetzt. Dauerbad, Zwangsjacke und Isolierung tat es nicht - man musste ihr gar die Zähne ausreissen, um sich vor ihren Bissen zu schützen. Narkotisierung und Convulsion blieb ineffizient - und man zerstörte Gehirnbahnen, um sie zu zähmen. Und sie wurde immer weniger gefährlich - gleichzeitig immer unerreichbarer in ihrer Eigenwelt. Ist es die Operation, ist es die Vergreisung (siehe C.Müller 1959), die Sinnesisolation, die R.G. nun zur stillen Schemengestalt werden liess, die in der Anstalt, der Stätte der Alienierten, ihr stummes Ende finden wird ?

6. Diskussion

1. Psychopathologie

Die deskriptive Psychopathologie wurde damals wie heute meist noch recht unsystematisch angewandt. Das ist seither nicht viel gebessert. Die Forderung nach einer sorgfältigen, möglichst interpretationsfreien Beschreibung von Erleben, besonders Selbsterleben, und Verhalten von Kranken ist dringlich und aktuell. Nach der möglichst terminusfreien, nicht wertenden, interpretationsarmen Beschreibung soll die Zusammenfassung der Symptome zu Syndromen und deren einheitliche Benennung folgen. Das Syndrom, die Syndrome zusammen mit Körperbefund und Anamnese ergeben die Krankheitsbezeichnung überall dort, wo ätiologische Aussagen nicht gemacht werden können.

Die theoretischen Vorannahmen der damaligen Psychopathologie (Assoziationsstörung), beruhend auf der alten Elementenpsychologie, wurden nicht mehr weiter gehalten, - ohne dass dies an der Diagnostik wesentliche Änderungen gebracht hätte.

Theoretische Konstrukte wie die "Hemmung der Assoziationen" (E. Bleuler 1911) wurden deskriptiv verwendet - was (z.B. im Gebiet Autismus) teilweise auch heute noch geschieht. Die wissenschaftshistorischen Quellen unserer heutigen traditionellen, "klassischen" Psychopathologie sind uneinheitlich, z.T. in Anlehnung an die Neurologie entwickelt, z.T. aus der Elementenpsychologie entnommen oder anderen mangelhaften Psychologien (E. Bleuler 1911), die manche Lehrbuchautoren zu Kreation von Privatpsychologien veranlasste. Ein einheitliches Paradigma einer geschlossenen Wissenschaft Psychopathologie fehlt (Glatzel 1978).

2. Diagnostisches Interview. Pathognostische Psychopathologie und "Begegnungspsychopathologie"

Eine systematische Ausbildung zum diagnostischen Interview ist auch heute für Mediziner aktuelle Forderung. Sie wird noch zu wenig gepflogen - und wäre doch wichtiger als die Vermittlung nosologischer Kategorien. Im Burghölzli wird den Assistenten seit ca. 1970 eine (fakultative) Ausbildung von 4 Stunden pro Woche im diagnostischen Interview, Benennen und Dokumentieren von Psychopathologie, differentialdiagnostischer Ableitung und Diagnosenerstellung angeboten.

In den Krankengeschichten spiegelt sich auch heute noch die jeweilige "Privatpsychopathologie" des Fallarztes und die diagnostische Usanz des Oberarztes, der die "Gemeinsame Untersuchung" durchführt. Daran hat auch die Einführung der ICD-Nummern nichts wesentliches geändert. Die Fragen: was erlebt der Patient? wie erlebt er sich in seiner Welt? wie sieht er selbst die funktionellen Zusammenhänge zwischen seinem Erleben und Verhalten? sollten unbedingt mehr in den Bestand des zu internalisierenden Fragenkataloges aufgenommen werden. Symptome dürfen nicht nur als pathognostische Zeichen für eine nosologische Kategorisierung genommen werden, sondern müssen auch im Sinne einer verstehenden, funktionell interpretierenden Psychopathologie befragt werden,

die sich als Grundlage therapeutischer Handlungsanweisung praktisch zu bewähren hat. Scharfettters Ich-Psychopathologie (1976, 1978, 1981), Benedettis Konzept der Kommunikativen Psychopathologie (1981, 1982) sind Beispiele solcher "Begegnungspsychopathologien" (i.S. v. Dörner 1978). Solche Psychopathologie nimmt Symptome als Indikatoren der Betroffenheit und Hinweis auf den Stand der autotherapeutischen Massnahmen - und sucht daraus den therapeutischen Beistand zu kreieren (Scharfetter 1981). Pathognostische Psychopathologie wird - folgend den Ansätzen von Eugen Bleuler (1911) - durch psychodynamische Interpretation ergänzt - nicht genetisch ableitend, sondern funktionell deutend - um daraus den Behandlungsplan zu entwerfen. Dazu gehört, folgend den Mahnungen von Griesinger (1861), die Beachtung des Gesunden im Kranken.

In solcher Psychopathologie, in der Aufmerksamkeit, Offenheit im Wahrnehmen, Sehen, Benennen (bis in die Wortwahl), in der Verwertung für den diagnostischen Entscheidungsprozess und der Ableitung der therapeutischen Konsequenzen zeigt sich die Haltung des Arztes als Grundlage seines Umganges, seines Wirkens (Scharfetter 1976).

3. Verlauf und Behandlung

R.G. ist ein Beispiel für einen malignen, zu schwerstem "Dauerdefekt" führenden Verlauf einer schizophrenen Psychose. Solche Verläufe sind glücklicherweise seltener geworden (M. Bleuler 1972). Ob das Milderwerden der Psychose im hohen Alter, eine senile Mitigierung, wie sie verschiedentlich beschrieben ist (Bleuler 1972, 1980; Rümke 1965, C.Müller 1959), für das Stillwerden von R.G. eine Rolle spielt, ist nach sovielen massiven hirnaggressiven "Therapien", gipfelnd in der partiellen Decerebrierung der Leukotomie, nicht zu entscheiden.

R.G. brachte in ihrer psychotischen Not so viele Schwestern und Aerzte in Not - provozierte sie zu kustodial beschränkendem Verhalten (Isolation, Zwangsjacke, Gurten, Dauerbad) und verzweifelte

"Therapie"-Versuchen (Narkotisierung, Insulinkoma, Malaria-Fieber, medikamentöser und Elektroschock, schliesslich Leukotomie) - welche ineffizient blieben und im wesentlichen nur die Hilflosigkeit der Helfer zeigten. Was aus diesen "Therapien" zu lernen ist, ist jedenfalls, dass solche therapeutische Verzweiflungsaktivität weder der Patientin half noch einen Fortschritt der psychiatrischen Therapie brachte - es sei denn eben den Lernerfolg jener negativen Resultate. Das fordert zum Umdenken auf - was hätte von Anfang an ganz anders laufen sollen ? - allerdings ohne leichtfertige retrospektive Kritik. Wäre eine andere, freiere Begegnung, ein Eingehen auf die innere Bedrängnis von R.G., eine deutende Hilfe ihrer unlösbaren, sie zerreissenden Konflikte (um ihre Rolle als Frau z.B.), eine aktivere Krankenbehandlung (Simon 1929) konstruktiver gewesen ? Die Neuroleptika- und Tranquillizerära fiel bereits in R.G.'s Postleukotomiezeit. Sie hat von dieser Hilfe für erregte Kranke nur noch gelegentlich profitiert.

4. Was lernen wir für die Krankengeschichtenführung ?

Jaspers (1959, 571) sagte zur "Kunst der Krankengeschichtenschreibung": "Es ist erstaunlich, wie wenig die Weise ihrer Abfassung bewusst gepflegt wird". M. Bleuler (1967) bemängelte die starre Traditionsgebundenheit, das leere Aufzählen von Symptomen, die vom Arzt aus egozentrische Sicht des Kranken - ohne Reflexion über die situativ - interaktionelle Abhängigkeit aller Psychopathologie, des Fehlens der Achtsamkeit auf das Gesunde im Kranken und das therapeutische Anliegen bereits im Erstgespräch. Krankengeschichten dienen heute noch vielfach als Informationsquelle für Forschung - und sind in der traditionellen Form doch keineswegs eine mögliche Grundlage von Wissenschaft.

Jede Krankengeschichte ist-gewollt und reflektiert oder ungewollt und unreflektiert - eine Gestaltung, in der der Patient nur ein Bedingungsglied ist, der gestaltende Krankengeschichtenautor selbst als Situationsmitgestalter wirkt - mit seiner Haltung, Erscheinung, seinen Worten, Handlungen, Anordnungen, als Repräsen-

tation nicht nur seiner eigenen Personifikation sondern auch der gesellschaftlichen Einrichtung Psychiatrie und ihrer Institution - und damit Psychopathologie nicht nur registriert, sondern z. T. auch fest-stellt (s. Glatzel 1978, 1981) und gar provoziert oder zur Perpetuierung beiträgt.

Da es keine reine Beschreibung ohne Vorannahmen gibt, sind diese zu reflektieren: das vorgegebene Normenwissen (norma = Mass), was psychiatrisch krank heisse und wie sich das kund gebe, welches Re-agieren auf welche Lebenserfahrung normal, abnorm, gar patho-logisch sei, die implizierten Wertsysteme, die internalisierten Muster, etc. Jede Darstellung ist eine Gestaltung aus Teilaspekten, wird vom Gestalter ergänzt. Der eigene Anteil ist bewusst zu ma-chen. Keine Lebensgestalt ist je geschichtlich erschöpfend erfasst - wir müssen immer auswählen - und dies uns selbst und anderen trans-parent halten, nach welchen Suchmustern wir auswählen, nach wel-cher Operationalisierung von Termini wir auf der Symptom-, Syn-drom-, Klassenebene diagnostizieren. Die Geschichte eines Men-schen, das Aktuelle seines Verhaltens, seines Erlebens, das Be-obachtbare, das Vermutete, das Interpretierte, das Verstehend-Ableitende, die Erklärungen sind möglichst sauber zu trennen.

Die Bewertung von Symptomen ist kulturabhängig (vgl. Pfeiffer 1980) und darf jeweils nur "auf Hintergrund der ganzen Persönlichkeit mit ihrer Lebenserfahrung" (Bleuler 1979, S.122) geschehen.

Für die Erstellung der Krankengeschichte, den Befund, die Anamnese, kann man sich an vorgegebene Schematas halten. Sie engen zwar ein, garantieren aber eine grössere Vollständigkeit. Sie helfen, Aus-blendungen, Vergessenslücken etc. zu vermindern. Auf jeden Fall ist ein reflektiertes "Vorwissen", ein Suchbild bewusst zu machen. Die Informationsquellen und Informationsverarbeitung sollte klar dokumentiert werden.

Die Anamnese, Körper- und Psychopathologiebefund, Quer- und (möglichst) Längsschnitt, ergänzt um ätiologische Vermutungen sind die Bestandteile für den diagnostischen Entscheidungsprozess. Der sollte in der Krankengeschichte nachvollziehbar dokumentiert sein (wie es heute in der 'Gemeinsamen Untersuchung' geschieht) .

Auch Verlaufseinträge sollten systematischer Berichte über Befinden, Erleben, Verhalten, Reaktionsweisen und ihre Auslöser, Massnahmen pflegerischer und therapeutischer Art enthalten - und nach Möglichkeit auch eine Notiz über die Vermutung, warum welche Verhaltensweisen aufgetreten seien, wie und wodurch sie provoziert, beeinflusst, gelöscht wurden.

Therapeutische Massnahmen, Versetzung, Durchführung oder auch Unterlassung von körperlichen Untersuchungen und Massnahmen sollten begründet werden - theoretisch oder wenigstens aus der "Erfahrung" (die mitzuteilen ist).

Für intensive Psychotherapie empfiehlt sich meist ein Spezialprotokoll - es würde die Krankengeschichte überlasten.

Gewiss, - die Anforderungen an eine Krankengeschichte sind gross. Sie ist ein wichtiges Lebensdokument jeweils aller Beteiligten (des Patienten, seiner Beziehungspersonen, dem Pflege- und Arztpersonal, der Institution) und rechtfertigt einen solchen Anspruch wohl. Sie gilt uns mehr als kasuistisches Dokument denn als Quelle wissenschaftlichen Informationsgewinnes. Aber als Kasuistik spiegelt sie Gelingen oder Verfehlen psychiatrischer Praxis. Sie ist - mit M. Bleuler (1967): "Spiegel" psychiatrischen Tuns.

7. Zusammenfassung

Die Begegnung mit der heute 83-jährigen, blinden und tauben Frau R.G., die seit ihrer Erkrankung an Schizophrenie im Jahre 1919 andauernd in der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli hospitalisiert ist, gibt Anlass, ihrer Lebens- und Krankengeschichte nachzugehen. Dabei wird das Thema der schweren chronischen Schizophrenie und der zahlreichen Behandlungsversuche dieses Leidens in den letzten 60 Jahren behandelt. Die Fallgeschichte wird exemplarisch für mehr als ein halbes Jahrhundert Psychiatriegeschichte. Der Wandel der Psychopathologie, der Chronizitätskonzepte, der Therapie und Pflege wird diskutiert. Die Krankengeschichte als Spiegel der Psychiatrie wird kritisch besprochen und Vorschläge zur Krankengeschichtenführung erarbeitet.

SUMMARY

The case of a 83 year old female patient, diagnosed as chronic schizophrenia, hospitalized since 1919 in the Psychiatric University Hospital, Zurich, raises the main issue of this study: The history of conceptualisation and treatment methods of the severe behaviour disorder schizophrenia. Various drug applications (morphia, barbiturate, neuroleptics), administration of malaria agents, insulin, cardiazole as well as electric shock treatment, and finally a prefrontal lobotomy was performed on the patient. The rationale, technique and efficiency of these treatments are discussed.

The psychopathology, evaluation and description of symptoms and syndromes, diagnostic habits in the course of the six decennia are shown, the concept of chronicity and defect discussed.

The case report reflects personal communication styles of psychiatrists with their patients as well as the development of psychopathology, nursing, treatment and concepts of schizophrenia throughout more than half a century.

The discussion evaluates suggestions for psychopathology, history taking and documentation of these data as well as the course of the illness under various treatments in the case report.

LITERATUR

- Ackerknecht E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie,
2.Aufl. Stuttgart: Enke 1967.
- Alexander F.G., Selesnick S.T.: Schockbehandlungen und
Psychochirurgie in : Geschichte der Psych-
iatrie, Konstanz, Diana, 1969.
- Angst J.: Körperliche Behandlungsverfahren, in:
Hundert Jahre Kantonale Psychiatrische
Universitätsklinik Burghölzli Zürich
1870 - 1970.
- Benedetti G.: Klinische Psychotherapie
Bern: Huber 1964.
- Benedetti G.: Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre.
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1975.
- Benedetti G.: Entwicklungen in der Psychotherapie der
Schizophrenie.
Schweiz.Arch.Neurol.Neurochir.Psychiat.128
(1981) 239-249.
- Benedetti G.: Analytisch gerichtete Psychotherapie schizo-
phrener Psychosen
in: H.Helmchen, M.Linden, U.Rüger (Hrsg.)
Psychotherapie in der Psychiatrie
Berlin, Heidelberg, New York : Springer 1982.
- Bleuler E.: Frühe Entlassungen
Psychiatr.Neurol.Wschr. (1905), 441-444.
- Bleuler E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien
Leipzig & Wien Deuticke 1911
- Bleuler E. & M.: Lehrbuch der Psychiatrie, 14.Aufl.
Berlin-Heidelberg-New York : Springer 1979
- Bleuler M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte
langjähriger Kranken- und Familiengeschichten.
Stuttgart: Thieme 1972.
- Bleuler M.: Chronizität oder Chronifikation bei unseren
Schizophrenen
Schweiz.Arch.Neurol. Neurochir. Psychiat. 126
(1980) 245-253
- Boss M.: Die Grundprinzipien der Schizophrenietherapie
im historischen Rückblick
Z.ges.Neurol.Psychiat. 157 (1937), 358 - 392
- Ciampi L.: Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt ?
Fortschr.Neurol.Psychiat. 48 (1980) 237-248
- Ciampi L., Müller C.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen.
Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1976.
- Dörner K., Plog U.: Irren ist menschlich oder Lehrbuch
der Psychiatrie
Wunstorf: Psychiatrieverlag 1978.

- Freeman Th., Cameron J.L., McChie A.: Studie zur chronischen Schizophrenie
Frankfurt : Suhrkamp 1969
- Glatzel J.: Allgemeine Psychopathologie
Ed.: H. Remschmidt, Band 5
Stuttgart: Enke 1978
- Glatzel J.: Spezielle Psychopathologie.
Ed.: H. Remschmidt
Stuttgart: Enke 1981
- Griesinger W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten
Braunschweig: Wreden 1861
- Heimann H.: Psychochirurgie
in: HW. Gruhle, R.Jung, W.Mayer-Gross, M.Müller (Ed.) Psychiatrie der Gegenwart BD I/2
Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963
- Jaspers K.: Allgemeine Psychopathologie, 7. Aufl.
Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1959
- Klaesi J.: Ueber die therapeutische Anwendung der "Dauernarkose" mittels Somnifen bei Schizophrenen
Z.ges.Neurol.Psychiat. 74 (1922) 557-592
- Klaesi J.: Einiges über Schizophreniebehandlung
Z.ges.Neurol.Psychiat. 78 (1922) 606-620
- Klaesi J.: Zur somatischen Therapie der Schizophrenien
Schweiz.med.Jahrbuch 1942 , 69-77
- Kraepelin E.: Einführung in die Psychiatrische Klinik
2. Aufl.
Leipzig: Barth 1905
- Mayer-Gross W.: 1.Körperliche Behandlung (p.595-598)
2.Psychische Behandlung (p.598-604)
in Kap. VI: Therapie
in : Handbuch der Geisteskrankheiten, 5. Teil,
Die Schizophrenielehre
Ed.: O.Bumke, München
Berlin: Springer 1932
- Müller C.: Ueber das Senium der Schizophrenen
Bibliotheca Psychiatrica et Neurologica
Fasc.106
(Ed.) J.Klaesi, Knonau
Basel, New York : Karger 1959
- Müller C.: Die Psychotherapie der Psychosen
Fortschr.Neurol.Psychiat. 27 (1959), 363-391
- Müller C.: Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik
Nervenarzt 32 (1961), 354-368

- Müller M.: Ueber die praefrontale Leukotomie
Nervenarzt 19 (1948) 97 - 107
- Müller M.: Grundlagen u. Methodik der somatischen
Behandlungsverfahren in der Psychiatrie
in: H.W.Gruhle, R.Jung, W.Mayer-Gross, M.Müller
(Ed.) Psychiatrie der Gegenwart Bd I/2
Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963
- Müller M.: Die Insulinbehandlung
in: H.W.Gruhle, R.Jung, W.Mayer-Gross, M.Müller
(Ed.) Psychiatrie der Gegenwart Bd I/2
Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963
- Pfeiffer W.M., Schoene W. (Hrsg.): Psychopathologie im Kultur-
vergleich
Stuttgart: Enke 1980
- Rümke H.C.: Ueber alte Schizophrenie
in: Festschrift zum 60. Geburtstag von
Manfred Bleuler
(1963) 201-210
- Solms H.: Die Krampfbehandlung
in: H.W. Gruhle, R.Jung, W.Mayer-Gross, M.Müller
(Ed.) Psychiatrie d.Gegenwart BD I/2
Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963
- Simon H.: Aktivere Krankenbehandlung in der Irren-
anstalt
Berlin und Leipzig: De Gruyter 1929
- Scharfetter Ch.: Die Haltung des Therapeuten
Ther.Umschau 33 (1976) 472 - 474
- Scharfetter Ch.: Allgemeine Psychopathologie. Eine
Einführung
Stuttgart: Thieme 1976
- Scharfetter Ch.: Ichpsychopathologie des Schizophrenen
Syndroms. Theorie und Handlungsanweisung
Prax.Psychother.Psychosom. 26 (1981) 21-31
- Scharfetter Ch., Benedetti G.: Leiborientierte Therapie
schizophrener Ichstörungen
Schweiz.Arch.Neurol.Neuropsych.Psychiat.
123 (1978) 239-255

CURRICULUM VITAE

- 1953 3.5. geboren in Bueonos-Aires
- 1959 - 1965 Primarschule in Willerzell (SZ) und Cham (ZG)
- 1965 - 1971 Gymnasium in Menzingen (Pensionat (Maria von Berg) und Zug (Kantonsschule)
- 1971 Maturität Typ B
- 1971 - 1978 Medizinstudium an den Universitäten Neuchâtel und Zürich
- 1978 Mediz. Staatsexamen an der Universität Zürich
- 1.1.1979 - 31.12.1979 Assistentenstelle in der Psychiatrischen Klinik Franziskusheim, Oberwil (ZG)
- 1.1.1980 - 31.03.1981 Assistentenstelle an der Geburtshilflichen und Gynäkologischen Abteilung des Kantons-spitals Winterthur
- Seit dem 1.4.1981 Assistentenstelle an der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli Zürich

